

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Février 1908, à 1 heure

PAR

Gérard FABRE DE PARREL

Né à Dieppe (Seine-Inférieure), le 27 avril 1883

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Civil de Versailles et de la Maternité

Médaille de bronze

DE

L'APPENDICECTOMIE

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. RECLUS, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTÉMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.....	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	BAR
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANCON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

M. LE DOCTEUR ALBERT DE PARREL

Membre de la Société Médico-Psychologique de Paris
Chirurgien en chef de l'hôpital de Dieppe

*Hommage de filiale affection et
de profonde reconnaissance*

A TOUS LES MIENS
ET A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE ROUEN ET DE VERSAILLES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

Chirurgien de l'hôpital Cochin

M. LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

Médecin des Enfants-Malades

M. LE DOCTEUR LABADIE-LAGRAVE

Médecin de l'hôpital de la Charité

M. LE DOCTEUR CHAPUT

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

M. LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique Obstétricale

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRINDEAU

Accoucheur des hôpitaux

M. LE PROFESSEUR MILIAN

Médecin des hôpitaux

MM. LES DOCTEURS RICHE
ET BAUMGARTNER

Chirurgiens des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SECONDE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur.

De l'Appendicectomie

INTRODUCTION

Le *Progrès Médical* (1) publiait, au mois de juin 1907, une étude de notre maître M. Longuet, professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen, sur l'*Appendicectomie*, étude basée sur quelques milliers d'observations, dont quelques-unes personnelles à l'auteur. Malgré la valeur scientifique de ce travail et la richesse de la documentation sur laquelle il s'appuie, il ne nous semble pas que le sujet soit épuisé. D'ailleurs, c'est d'après le conseil qui nous a été donné par Longuet lui-même, que nous avons eu l'idée de pousser plus loin encore l'histoire de cette intéressante intervention, et de la compléter par des détails bibliographiques pour la plupart inédits et qu'on ne saurait trouver réunis dans aucune publication antérieure.

1. *Progrès Médical*, numéros des 8, 15 et 22 juin 1907.

D'autre part, dans une thèse récente de Bordeaux (1), nous avons recueilli sur la pratique du professeur Denucé d'importants renseignements sur l'enfouissement du moignon appendiculaire.

Ces travaux, et ceux auxquels nous nous sommes livré personnellement, nous permettront de tenter la mise au point de l'histoire de l'appendicectomie. Nous étudierons pour chaque temps opératoire d'abord la *technique* la plus *classique*, puis les *variantes d'exécution*, enfin les *procédés d'exception*. Les *fautes opératoires* et leurs *conséquences* feront l'objet d'un autre chapitre et la dernière partie contiendra la bibliographie.

L'opération que nous avons en vue, ne fut jamais conçue ni exécutée par l'école Hippocratique, du moins à ce que nous sachions, c'est-à-dire depuis le ^v^e siècle avant notre ère jusqu'au ^{xviii}^e siècle. Par contre, elle date de l'époque ou de l'école Morgagnienne ; non plus de la *Morgagnienne pure* à laquelle nous devons seulement l'évacuation sanglante des abcès péri-cæcaux, grâce à l'initiative du Français *Mestivier* (2) (1759); mais la *Morgagnienne Listérisée*. C'est, en effet, vers 1882, que l'Autrichien *Czerny* publie le récit de la première ablation d'appendice,

1. Lapierre. Thèse de Bordeaux, 1907. *De l'enfouissement du moignon appendiculaire*.

2. Mestivier : Dans *Journal de Chirurgie, Médecine, Pharmacie*, 1759, cette 1^{re} observation d'appendicite est citée par Howard A. Kelly, professeur au John Hopkins Hospital de Baltimore, dans une communication faite à la Société de Chirurgie le 10 juin 1903.

depuis lors désignée sous le nom d'*appendicectomie*, mot de composition hybride comprenant un terme français et un autre grec, ou plus rarement sous l'appellation de *prospysectomie*, terme plus pur au point de vue linguistique. Après ce premier pas chirurgical, on en vient à l'exérèse du vermium, soit dans le cas d'appendicite chronique avec ou sans rechute suivant la méthode thérapeutique de *Sir Frederick Treves* (1883) ; soit dans les appendicites aiguës à chaud ; dans les quarante-huit premières heures (Kummel). Et la technique adoptée reflète exclusivement les grands principes du « Macchabéisme », c'est-à-dire : étude expérimentale sur le cadavre, application consécutive sur le vivant, instrumentation de dissection, etc.

Aujourd'hui sous l'impulsion de l'*école nouvelle* ou *biologique* (Longuet) (1), la question se pose sous

1. L'*Ecole de Lister* (1867) suit les préceptes de technique opératoire du grand maître italien Morgagni, avec étude préalable sur le cadavre, et préconise l'usage de substances antifermentescibles antiseptiques, des topiques germicides-germicidant ; elle mérite donc le nom d'*Ecole Morgagnienne, Listérisée*.

Plus tard on laisse de côté les antiseptiques, et les chirurgiens s'éloignent de plus en plus de la salle d'autopsie, c'est l'*Ecole aseptique actuelle* (Terrier).

Enfin Longuet créa l'*Ecole biologique* dont les principes fondamentaux consistent dans : 1° l'éloignement absolu du cadavre ; 2° le nihilisme en fait de liquides toujours « imparfaits au point de vue de la chimie et physique biologique, comme au point de vue bactériologique » ; 3° l'usage systématique d'agents mécaniques rigoureusement secs et sporicidés laissant les plaies pratiquer leur self-guérison par autosecrétion et phagocytose.

un aspect différent. Tout y est rénové depuis la désignation purement française d'*enlèvement de l'appendice*, depuis les indications, jusqu'à la technique, jusqu'au pansement et aux suites immédiates ou éloignées. Toutefois dans notre thèse il ne sera question que des travaux de l'école *Morgagnienne Listériée*.

Avant d'aborder notre sujet, nous devons manifester notre gratitude à tous ceux qui ont contribué à nous instruire médicalement, à nos maîtres de Paris, de Rouen et de Versailles. Nous devons une mention particulièrement reconnaissante à M. le professeur Langlet, directeur de l'Ecole de Médecine de Reims, dont nous avons consulté le journal scientifique, et à M. le Dr Bourneville, directeur du *Progrès Médical*, dont les numéros de l'année scolaire 1906-1907 renferment les germes de ce que nous allons aujourd'hui développer avec détail dans ce tableau général de l'appendicectomie. Nous tenons à remercier notre confrère et ami le Dr Petit-Lardier qui a bien voulu dessiner les deux planches qu'on trouvera dans ce modeste travail.

PREMIÈRE PARTIE

TECHNIQUE DE L'APPENDICECTOMIE

Instrumentation.

Incisions.

Exérèse.

Traitement de l'appendice du moi-
gnon.

Fermeture de l'abdomen.

Difficultés de technique.

Fautes opératoires.

§ 1. — Instrumentation

L'arsenal se compose des instruments usuels suivants :

- 1° Deux scalpels-bistouris ;
- 2° Trois pinces à disséquer d'anatomiste ;
- 3° Une sonde cannelée ;
- 4° Trois paires d'écarteurs de Farabeuf, et des écarteurs automatiques genre Collin ;
- 5° Douze pinces à forcipressure et six pinces de Kocher ;
- 6° Deux aiguilles de Reverdin : une courbe et une droite ;
- 7° Catguts, crins de Florence, objets de pansement germicidés ;
- 8° Thermocautère.

Nous devons encore mentionner quelques instruments facultatifs fortement recommandés par certains chirurgiens ; ainsi la *stapule* pour décortiquer l'appendice (professeur Poncet et ses élèves) ; la *curette tranchante* pour l'évidement du moignon (Chaput) ; l'*appendicotribe* pour l'écrasement du vermium (prof. O'Kelly de Baltimore). C'est une pince énorme, un clamp géant à mâchoires puissantes sus-

ceptibles par leur coincement de réduire l'appendice à l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette en le mortifiant séance tenante. Enfin en 1905, Gosset reprenant le procédé de Mac Burney, décrit un écarteur spécial qui a le gros avantage de pouvoir tenir en place sans le secours d'un aide.

§ 2. — Ouverture de l'abdomen

Tous les chirurgiens de l'école Morgagnienne s'accordent pour attaquer l'appendice par la *voie latérale* de la *fosse iliaque droite* ; mais tous ne suivent pas la même ligne d'incision d'où un certain nombre de variétés dans cette *laparocœliotomie iliaque* que nous groupons dans le cadre suivant :

A. — *Laparocœliotomie iliaque transfibromusculaire* oblique ou curviligne de *Roux* (1888), procédé classique.

B. — *Laparocœliotomie iliaque transfibro-inter-musculaire* oblique ou curviligne de *Mac Burney*, 1894 (variante assez usitée), et *variante transversale* de *Chaput*, 1905.

C. — *Laparocœliotomie iliaque latéro-verticale* de *Max Shüller*, 1889 (variante très usitée).

D. — *Laparocœliotomie iliaque latéro-verticale* de *Battle* et *Jalaguier*, 1897 (variantes assez usitées).

E. — *Laparocœliotomie par voie crurale* de *Czerny*, 1882 (procédé d'exception).

F. — *Laparocœliotomie inguino-scrotale* de *Jackle*, 1888 (procédé d'exception).

G. — *Laparocœliotomie ombilicale* de *Winiwarther*,

1901 (procédé d'exception employé comme les deux précédents en cas de hernie de l'appendice).

H. — *Laparocœliotomie sous-ombilicale médiane de Richelot*, 1890 (procédé d'exception).

I. — *Incision vaginale de Durhsen*, 1899. Ces deux procédés sont employés en cas d'affection génitale concomitante.

J. — *Incision lombo-iliaque de Grinda*, 1897, et *lombaire de Edebohls*, 1898, en cas de maladie rénale compliquant l'appendicite ou d'abcès rétro-cæcal.

K. — *Laparocœliotomie iliaque sous-péritonéale de Mohammed*, 1883, procédé d'exception.

L. — *Incision dans le flanc droit de Glantenay*, 1899, procédé d'exception.

Si nous résumons ces nombreuses variétés d'incision sous forme d'un tableau synoptique, nous obtenons un relevé sensiblement analogue à celui de Longuet :

Laparocœliotomie iliaque :

A. *De choix*. — Transfibro-musculaire oblique de Roux, 1888.

B. *De variante* { Transfibro-musculaire verticale de Max Shüller, 1889 ;
Transfibro-intermusculaire oblique de Mac Burney, 1894 ;
Transfibro-intermusculaire latéro-verticale de Jalaguier et Battle, 1897.

- C. D'exception* { Voie crurale (Czerny, 1882) ;
Voie inguino-scrotale (Jackle, 1888) ;
Voie ombilicale (Winiwarther, 1901) ;
Voie sous-ombilicale médiane (Richelot,
1890) ;
Voie vaginale (Durhsen, 1899) ;
Voie lombaire (Edebohls, 1898) ;
Voie lombo-iliaque (Grinda, 1897) ;
Voie iliaque sous-péritonéale (Mohammed,
1883) ;
Voie du flanc droit (Glantenay, 1899).

§ 3. — Incision de choix

C'est celle de *Roux* ou *laparocœliotomie transfibro-musculaire, oblique ou curviligne*, dont le point de repère est l'épine iliaque antéro-supérieure droite. On fait au bistouri au-dessus, au niveau, puis au-dessous de cette épine, à un travers de doigt en dedans d'elle :

1 Une incision parallèle au ligament de Poupert, rectiligne ou légèrement curviligne, de 10 à 15 centimètres de longueur, intéressant successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique. On pratique l'hémotase.

S'il s'agit d'un enfant, ou si l'opération est présumée facile, la section tégumentaire ne dépassera pas 10 centimètres ;

2° L'aponévrose d'insertion du grand oblique tendue et repérée par deux pinces, l'opérateur traverse les muscles sous-jacents : grand oblique, petit oblique, transverse dont la tranche rougeâtre s'élargit de suite par rétraction de ses fibres contractiles. En haut et en arrière une petite artère donne, c'est une branche de la circonflexe iliaque située entre le trans-

versée et l'oblique interne ; deux pinces hémostatiques en maîtrisent l'écoulement ;

3° Il convient alors d'être d'une extrême prudence, car dans nombre de cas des adhérences peuvent exister entre l'anse intestinale et la paroi. Pour éviter tout accident, il faut soulever le péritoine et y pratiquer un petit pertuis par lequel on glisse une sonde cannelée. Sur sa rainure on dirige le bistouri, tranchant en avant.

S'il existe des adhérences trop étendues, on ne doit point hésiter à se reporter en avant ou en arrière pour découvrir une séreuse libre dans une zone saine ; de cette façon l'intestin ne court aucun risque.

Pour en finir avec l'incision de Roux, ajoutons qu'à l'heure actuelle elle perd du terrain, du moins dans les appendicectomies à froid, au détriment de celles de Battle, de Jalaguier et de leurs variantes ; nous l'appelons cependant l'*incision de choix* parce qu'elle est certainement la *plus classique* et aussi qu'elle possède le droit incontestable de l'*ancienneté*.

Pour être absolument juste, nous pouvons dire qu'elle ne rend de signalés services que dans les *inflammations aiguës* du vermium avec abcès ou péritonite, puisqu'elle permet de pratiquer facilement le drainage ; mais à froid toute autre incision peut lui être préférée suivant les cas, tant il est vrai que l'*indication en matière chirurgicale crée le procédé*.

§ 4. — Incisions de variante

1° *Laparocœliotomie transfibromusculaire latéro-verticale de Max Shüller 1889*

Cette incision classique dans l'appendicectomie à froid ne peut être qualifiée « d'incision de choix » car on ne peut l'employer à chaud. Le procédé de Roux permet en effet de manœuvrer plus librement, de faciliter le drainage et l'évacuation des abcès péri-cæcaux, tandis que le passage à travers la gaine du grand droit constitue une voie toujours limitée et un peu interne. L'incision de Roux mène directement sur le cæcum et par lui vers l'appendice, celle de Max Shüller au contraire conduit d'abord vers l'appendice et par lui au cæcum.

La technique générale est la même, sauf que la section tégumentaire est ici faite *verticalement le long et en dehors du bord externe du grand droit*, parallèlement à ce bord et que son tiers supérieur se trouve au-dessus de la ligne ilio-ombilicale. Pour éviter l'éventration post-opératoire, qui peut définitivement compromettre la musculature pariétale, la traversée des couches musculo-aponévrotiques doit se faire au niveau de la gaine du grand droit, « par conséquent sur la face antérieure de ce muscle on

incisera le feuillet antérieur de la gaine sur toute la longueur de l'incision cutanée ».

Puis saisissant la lèvre externe de l'incision, au bistouri, on décollera l'aponévrose de la face antérieure, puis du bord externe du muscle. L'usage du bistouri est indispensable par suite des adhérences qui existent entre le feuillet antérieur de la gaine et les intersections fibreuses du muscle. Parvenu au bord externe, on peut abandonner le bistouri pour prendre la sonde cannelée qui décollera la face postérieure du muscle de la paroi postérieure de la gaine. Ainsi libéré, le muscle sera rejeté franchement en dedans où il sera au besoin maintenu par un écarteur.

Alors la paroi postérieure de la gaine sera incisée légèrement pour éviter la pénétration d'emblée dans le péritoine ; l'artère épigastrique sera épargnée si possible (1) ; mêmes précautions que dans la procédé de Roux pour l'ouverture du péritoine.

2° *Laparocœliotomie transfibro-intermusculaire oblique ou curviligne de Mac Burney 1894, et variante transversale de Chaput, 1905.*

Cette incision a été décrite par Mac Burney en 1894 dans les *Annales de Chirurgie* de Philadelphie et reprise en France par Gosset (1903).

La caractéristique de ce procédé est de *dissocier les muscles* selon le sens de leurs fibres, au lieu de les

1. Marion. *Manuel de technique Chirurgicale*, 1908.

hacher, de les dilacérer et de les déchiqueter, et de ne nécessiter *aucune section de vaisseaux ni de nerfs*.

A. — Le point de *repère* est toujours l'épine *iliaque antéro-supérieure* ; on sectionne la peau à 3 centimètres en dedans d'elle et sur une longueur de 10 centimètres d'après Mac Burney. Mais Gosset se contente d'une incision de 5 centimètres du moins chez les individus maigres. La direction est oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, perpendiculaire à la ligne fictive ilio-ombilicale, impartie au-dessus et au-dessous de cette ligne.

B. — Après la section des couches superficielles, on met à nu le grand oblique, dont on dissocie les fibres musculaires en haut, tendineuses en bas, suivant leur grand axe, c'est-à-dire de haut en bas et de dehors en dedans. Cette dissociation se fait avec une sonde cannelée ou un instrument mousse quelconque. Les deux lèvres de cette boutonnière sont reclinées en sens inverse au moyen de pinces ou à l'aide de deux écarteurs de Farabœuf.

C. — On aperçoit au fond de la plaie le second plan musculaire, à fibres transversalement dirigées et par conséquent *perpendiculaires* à celles du grand oblique, et constitué par le petit oblique et le transverse.

Tout à fait en dedans, les fibres charnues font place aux fibres plus tendineuses et cela suivant une zone blanche qui porte le nom de *ligne de Spigel*. C'est là qu'il faut, avec deux pinces de Kocher, faire un *pli*

vertical et inciser *transversalement* ce pli. Gosset recommande cette technique pour éviter, si l'on incisait plus en dehors en plein muscle, de traverser une épaisse couche de tissu, et surtout d'aborder le péritoine au point où il se réfléchit pour tapisser la fosse iliaque, point où il est très décollable, en sorte qu'il fuirait devant le bistouri.

Le petit oblique et le transverse sont dissociés suivant leurs fibres nettement horizontales et transversales, puis l'ouverture péritonéale prolongée.

Ainsi pratiquée, la laparotomie donne toutes les garanties au point de vue de la solidité future de la paroi, car elle comprend une série d'incisions plus ou moins perpendiculaires les unes aux autres, sorte de disposition *étoilée* qui respecte intégralement la sangle abdominale. Mais au cours même de l'acte opératoire, elle présente le sérieux inconvénient de n'offrir que fort peu de jour, et de rendre plus délicate et plus laborieuse la recherche de l'appendice, d'autant plus que les quatre écarteurs ne laissent pas que d'être assez encombrants.

L'écarteur de Gosset, pour toutes ces raisons, peut être d'une grande utilité, car il est très puissant et ne nécessite le secours d'aucun aide. Il se compose de deux crochets mousses supportés par des tiges parallèles, glissant à volonté sur une troisième tige qui leur est perpendiculaire. Une pression exercée le long de cette dernière tige permet de rapprocher ou d'éloigner les deux crochets alors qu'il est impos-

sible d'obtenir le moindre rapprochement en pressant au niveau des crochets eux-mêmes.

Cet écarteur est introduit fermé, puis on éloigne l'un de l'autre les deux crochets autant que le permet la laxité des lèvres de l'incision ; une large fenêtre est ainsi ouverte dans l'abdomen, et souvent on peut, le malade étant en position légèrement inclinée, apercevoir le cæcum, et saisir l'appendice avec une pince sans avoir mis un seul doigt dans le ventre.

Cette incision est donc celle qui conduit le plus sûrement et le plus directement sur l'appendice, elle est aussi peu mutilante que possible et si, par hasard, on tombe sur un abcès péri-appendiculaire, il sera bien simple de transformer, en débridant de haut en bas, l'incision de Mac Burney en celle de Roux.

Incision de Chaput

Il nous faut en terminant, parler d'une *variante de l'incision de Mac Burney* décrite par notre maître le Dr Chaput (1905). Elle est *horizontalement* dirigée et a pour point de départ l'épine iliaque entéro-supérieure. L'aponévrose du grand oblique est sectionnée dans le même sens.

Le petit oblique, immédiatement sous-jacent, présente des faisceaux horizontaux ; on passe entre deux faisceaux et l'on arrive sur les fibres du transverse encore horizontales et entre lesquels on se fraye un chemin.

En dedans, l'incision peut empiéter de quelques millimètres sur le grand droit ; on obtient ainsi beaucoup plus de jour qu'avec le Mac Burney, et quelle que soit la région à drainer, fosse iliaque, zone péri-cæcale, bassin, les tubes sont très aisément placés ; quant à l'éventration elle est exceptionnelle.

3° *Laparocœliotomie iliaque transfibro-intermusculaire de Battle et de Jalaguier* (1897).

a) Sur le milieu de la ligne ilio-ombilicale et la dépassant d'un tiers de sa longueur, on trace une incision de 8 à 10 centimètres parallèle au bord externe du droit.

b) On tombe sur l'aponévrose d'insertion du grand oblique qu'on fend et qu'on repère. Ceci fait, on attaque sur toute la longueur de la plaie la gaine du droit. La lèvre externe du feuillet antérieur est décollée jusqu'au bord externe du muscle et celui-ci est maintenu en dedans par deux écarteurs.

c) Le fascia transversalis est ainsi mis à découvert ; le péritoine et lui sont appliqués l'un sur l'autre sans interposition de tissu graisseux et tous deux sont incisés en même temps ; il ne reste plus qu'à chercher l'appendice qui est un peu en dehors.

Comme le Mac Burney, ce procédé a le désavantage d'encombrer la plaie de tout un jeu d'écarteurs, et aussi de donner un jour insuffisant en cas de difficultés imprévues.

On peut atténuer la portée de ces objections en apportant quelques perfectionnements à la technique.

a) *Incision de Roux*

Longueur. — 10 à 15 centimètres.

Situation. — A un travers de doigt, en dedans de l'épine iliaque A. S., au-dessus, au niveau et au-dessous d'elle.

Direction. — Rectiligne ou légèrement curviligne. Parallèle au ligament de Poupart.

b) *Incision de Mac Burney*

Longueur. — 10 centimètres.

Situation. — A 3 centimètres en dedans de l'épine iliaque A. S.

Direction. — Oblique de haut en bas et de dehors en dedans, perpendiculaire à ligne fictive ilio-ombilicale.

c) *Incision de Battle et Jalaguier*

Longueur. — 8 à 10 centimètres.

Situation. — Milieu de ligne ilio-ombilicale et la dépassant en haut d'un tiers de sa longueur.

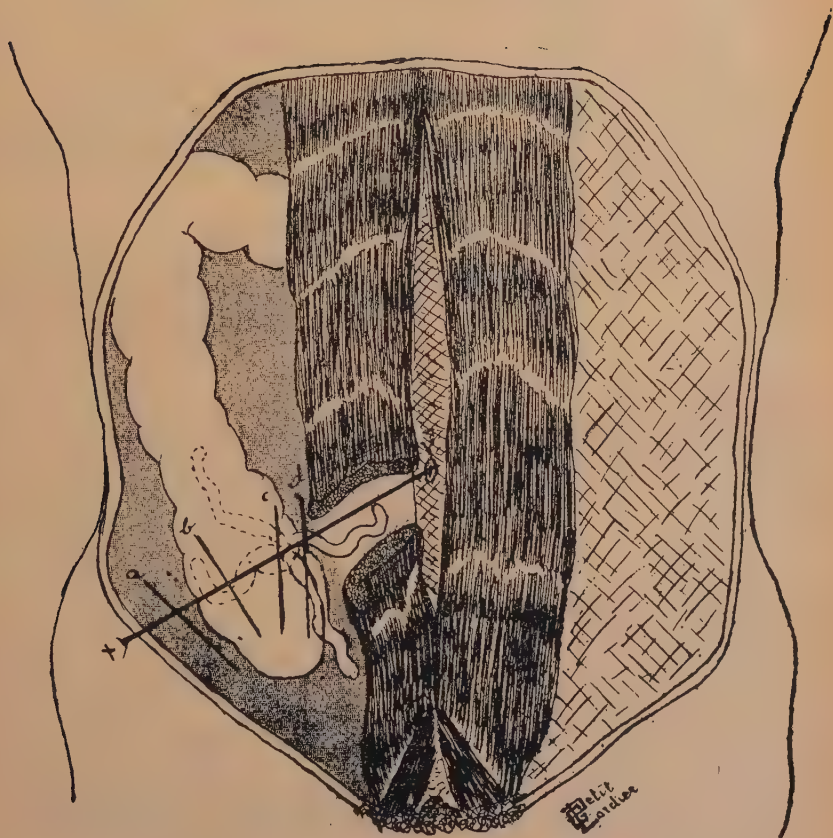
Direction. — Parallèle au bord externe du grand droit, mais en dehors de lui.

d) *Incision de Max Schüller*

Longueur. — 10 à 15 centimètres.

Situation. — Le long et en dehors du bord externe du grand droit.

Direction. — Parallèlement à ce bord.



Situation des différentes incisions par rapport à l'appendice, au cæcum, au grand droit et à la ligne fictive iléo-ombilicale (xy).

Aux écarteurs multiples, on substitue un écarteur automatique genre Collin.

On évitera la paralysie du droit par le Jalaguier, en passant entre les deux nerfs, pour les récliner, l'un en haut, l'autre en bas, comme le recommande A. Barker (1898).

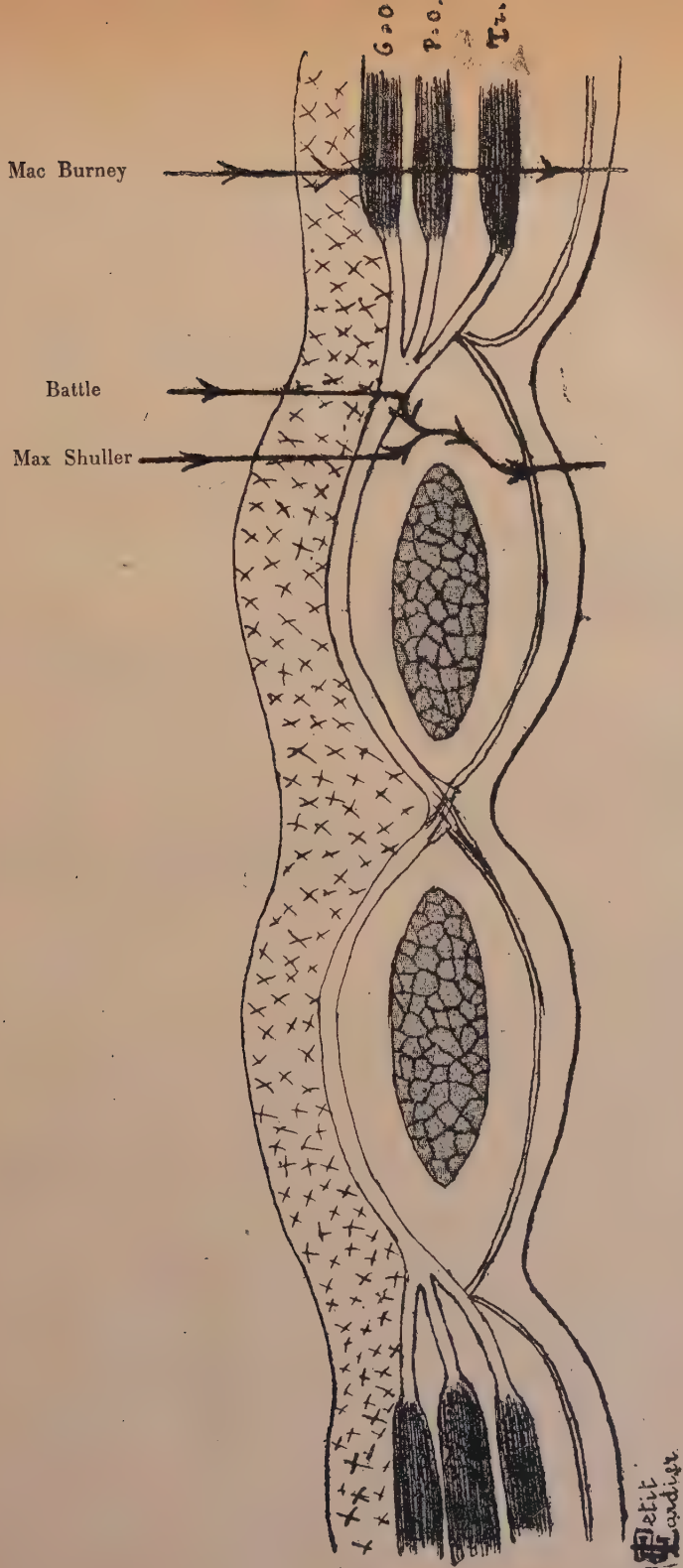
Dans ce même but, Longuet incisait le péritoine transversalement entre ces deux cordons, quand il expérimentait jadis cette technique.

Plus récemment Hacker (1904), par une sorte de *cœliotomie cruciforme*, cherche à combiner les avantages du Mac Burney et du Battle, tout en évitant leurs inconvénients.

Reste le reproche d'incommodité pour le drainage qui vise principalement les incisions par dissociation appliquées dans les appendicites à chaud. Encore l'argument n'a-t-il été adressé qu'au Jalaguier « un peu trop éloigné de la fosse iliaque pour permettre un drainage direct de la région rétro-cæcale » (Chaput).

Ajoutons que tout récemment, Le Bec formulait une critique très analogue en disant du Jalaguier, cette variante du Battle : « On éprouve une grande difficulté à écarter certains muscles droits très tendus, et surtout si le drainage s'impose il devient très difficile de bien placer les tubes. Le muscle droit, en retombant, les fait dévier, et il est quelquefois nécessaire de pratiquer des incisions complémentaires. » (1).

1. Le Bec. *Procédé opératoire d'appendicectomie à froid permettant d'éviter l'éventration*, 1907.



Trajet transfibro-musculaire des trois incisions de variante.

§ 5. — Incisions d'exception

On peut exceptionnellement aller à la recherche de l'appendice par :

- 1° La voie *crurale* (Czerny, 1882);
- 2° La voie *inguino-scrotale* (Jakle, 1888);
- 3° La voie *ombilicale* (Winiwarther, 1901);
- 4° La voie *sous-ombilicale médiane* (Richelot, 1890);
- 5° La voie *vaginale* (Durhrsen, 1899);
- 6° La voie *lomulaire* (Edebohls, 1898), et *lombo-iliaque* (Grinda, 1897);
- 7° La voie *iliaque sous-péritonéale* (Mohammed, 1899);
- 8° La voie du *flanc droit* (Glantenay, 1899).

On pourra se souvenir de ces procédés d'exception utiles pour quelques cas particuliers. Par exemple, si l'on se trouve en présence d'un abcès appendiculaire rétro-cæcal, caractérisé cliniquement par une douleur vive au niveau du triangle de J.-L. Petit et une sensation de plénitude et de résistance dans le flanc droit, « on pourra employer l'incision lombo-iliaque de Grinda, qui suit le bord externe de la masse sacro-lomulaire et s'incurve à sa partie infé-

rière pour se prolonger parallèlement et à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque jusqu'à 3 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure. »

Les avantages d'une telle incision ont été exposés par Grinda (de Nice) au XII^e Congrès International de Médecine (de Moscou) : ils se résument en ceci : C'est la voie la plus directe et la plus sûre vers le cæcum et l'appendice ; celle qui expose le moins à l'infection du péritoine et qui permet de pratiquer le drainage le plus parfait ; enfin, elle ne peut produire d'éventration post-opératoire.

Malgré tout, ce n'est qu'un *procédé d'exception*, et dont un abcès rétro-cæcal ou une affection rénale concomitante peuvent seuls justifier l'emploi. Il en est de même des autres incisions que nous venons de citer, et qui ne trouvent leur place que dans certaines circonstances pathologiques très spéciales, telles que, hernie de l'appendice ou fibrome utérin, annexite, prolapsus et toute affection génitale coïncidant avec une inflammation du vermium, etc.

§ 6. — Exérèse de l'Appendice

A. — *Position de l'opéré*

Depuis Treves (1888), la plupart des chirurgiens laissent leur malade en complète *horizontalité* durant la prosphysectomie. Avec un bon éclairage venant d'en haut et une ouverture abdominale suffisamment large, on opère en toute aisance.

Cependant quelques-uns, à l'exemple de Jalaguier (1898), une fois le péritoine ouvert, font mettre le sujet en *légère inclinaison* suivant le plan frontal, espérant ainsi découvrir plus facilement le vermium, par suite de la chute vers le diaphragme du paquet intestinal et épiploïque.

Récemment Forsterling (1905) préconisait le *décutus latéral gauche*, comme apte à dégager la fosse iliaque droite.

« Il ne semble pas que ces différentes attitudes, notamment celle dite du *plan incliné*, offrent, en l'espèce, autant d'avantages qu'en d'autres circonstances, par exemple, les interventions gynécologiques. Certes, une légère inclinaison tend à récliner le côlon transverse ptosé, mais par contre, comme le fait remarquer Walther, elle favorise l'ascension du cæcum, ce qui rend ainsi sa découverte plus malaisée. En outre elle favorise la procidence vers la fosse

iliaque droite de l'anse sigmoïde, quand celle-ci possède un méso très développé. Enfin, dans les cas présumés suppurés, la déclivité artificielle peut provoquer la diffusion du pus dans la cavité péritonéale. » (Longuet.)

B. — Découverte de l'appendice

Trouver l'appendice quand il est libre, flottant, est une manœuvre généralement fort simple ; souvent il apparaît dès que la paroi est divisée ; le doigt plongé dans la plaie le découvre immédiatement.

Quand la première exploration ne permet pas de le voir ou de le sentir, il suffit de récliner l'épiploon sous l'angle supérieur de la plaie pariétale, et le grêle sous la lèvre antérieure ; le cæcum ou le côlon apparaissent alors brillants, vernissés, bosselés, avec, sur leur face antérieure, une bandelette longitudinale qui, suivie en remontant jusqu'à son origine, mène directement à la racine du vermium. (Elliot.)

Quand le cæcum est découvert, Longuet bascule ce viscère à l'aide de ciseaux courbes mousses, manœuvrés fermés en guise de levier. « Glissés comme un crochet dessous le fond du réservoir typhlique, ils amènent, *sans aucun contact digital*, ce dernier en haut et en dehors, le délogent, l'extériorisent, cependant que l'appendice, suivant le mouvement, émerge à son tour du flanc inféro-interne de la masse herniée. »

D'autres recommandent de plonger la main dans le ventre ; de la diriger en dehors vers la marge externe de la fosse iliaque ; de la ramener ensuite en dedans, en saisissant au passage ce qui gît sur la paroi profonde, c'est-à-dire le cæcum et l'appendice lui-même, dont la *racine* ou pied constitue le meilleur *repère*, étant donnée sa situation absolument fixe, en contraste à cet égard avec la partie libre du vermium dont la direction, l'orientation et les rapports sont très variables

Pendant toutes ces manœuvres de recherche, il est de la plus grande importance de protéger par des compresses les anses intestinales (Marion) ; de circonscrire le foyer opératoire profond en l'encerclant de toutes parts ; d'empêcher l'issue toujours possible de liquide septique intra-appendiculaire dans le péritoine, au cours de la manœuvre de dissection ou d'excision de l'appendice.

Voici donc le vermium libre, retenu seulement par ses connexions naturelles, c'est-à-dire par sa base-d'implantation cæcale et par son méso-nourricier.

C. — *Hémostase préventive* *libération en « battant de cloche »*

Avant d'exciser l'appendice, la règle veut que l'on sectionne d'abord son méso après *hémostase préventive*. Pour ce faire, deux méthodes, celle des *fil*s, ou celle des *pinc*es.

a) — *La méthode des fil*s consiste dans la liga-

ture du méso en plusieurs paquets adjacents ; il convient de lier avec soin le paquet le plus externe qui contient l'*artère appendiculaire*. Les catguts étant fortement serrés, on sectionne aux ciseaux le méso tout le long de son insertion sur l'appendice et ce dernier devient alors parfaitement mobile comme un « battant de cloche », libéré de son frein d'attache qui, lui, demeure en place.

b) Le second procédé consiste à planter obliquement sur le méso, en partant de son bord externe falciforme, jusqu'à rencontre du vermium, une *double rangée de pinces* à forcimorsure progressivement ascendantes.

Le repli est sectionné entre ces deux rangées qui peuvent, du reste, être simplement remplacées par deux pinces à mors allongés genre Kocher.

D. — *Dissection appendiculaire sous séreuse*

Quand l'appendice est bien délivré de ses « jougs », la majorité des chirurgiens enfouissent le moignon dans le cæcum par une suture séreuse, qui ferme le péritoine par-dessus. D'autres se livrent à une dissection sous-séreuse, soit au niveau de la racine seulement, soit sur la totalité de son étendue ; d'où deux variantes d'exécution.

a) Le procédé *de la manchette* décrit par Cabot en 1891, repris en Angleterre par Sir Frederick Treves en 1893, puis par Quénu et Berger en France, enfin

simplifié par Le Bec (1907), et qui consiste à inciser circulairement le péritoine et une mince épaisseur de la couche musculaire superficielle, à 2 centimètres environ au-dessus de la base de l'appendice. On forme ainsi une *bague séreuse* annulaire, semblable à une manchette cutanée dans une amputation circulaire. Cette dissection se fait de haut en bas avec la pointe du scalpel ou même l'ongle.

En réalité le plan de clivage n'est pas toujours sous-séreux ; l'instrument tranchant entame le plus souvent la couche musculaire longitudinale, et glisse même entre la longitudinale et la circulaire, ainsi qu'on a pu le vérifier par l'examen histologique.

L'appendice étant lié et sectionné, on relève les pinces qui mordent les bords de la manchette ; il se forme ainsi une sorte de cratère au fond duquel git le moignon ; il ne reste plus qu'à encercler la bague séreuse avec un catgut pour enfouir le moignon dans le cæcum.

b) Le procédé de la *décortication sous-séreuse totale* (Poncet, 1898) se résume à ceci : « Avec une spatule ou des ciseaux courbes, on relève d'abord une manchette péritonéale supérieure, sur une longueur de 2 à 3 centimètres ; puis une manchette inférieure, en s'aidant au besoin de fentes longitudinales sur la séreuse, de la même manière qu'on retrousse la manchette cutanée dans une amputation circulaire à lambeaux cutanés. Pendant les premiers millimètres, la décortication offre parfois de réelles difficultés. Mais grâce à des tractions pru-

dentes sur l'appendice, combinées à des manœuvres de refoulement du péritoine, le dégagement progresse peu à peu, il devient de plus en plus aisé, et l'on est bientôt surpris de la rapidité de ce véritable « dégainement » de l'appendice, qui tombe tout entier dans les doigts du chirurgien, à la façon d'une épée sortant du fourreau. » (X. Delore). Cette manœuvre convient principalement dans les cas d'appendices très adhérents ; elle simplifie, elle facilite la libération péritonéale.

E. — *Section de l'appendice après coprostase*

Pour éviter d'infecter le péritoine, par l'écoulement de liquides septiques, il faut, avant d'exciser l'appendice, procéder d'abord à sa *coprostase*.

A cet effet, on coince la racine du vermium entre deux pinces hémostatiques, ou mieux deux pinces languettes de Kocher, bien perpendiculairement plantées.

D'ailleurs, une seule pince peut suffire, si l'on remplace la supérieure juxta-cæcale par une ligature au catgut ; plus simplement encore, Mac Burney fait deux ligatures sans se servir de pinces.

Quant à la *section* elle-même ou *amputation*, elle s'exécute au *scalpel-bistouri*, ou aux ciseaux, mais mieux au *thermo* (Weiss, 1897), ou à l'*appendicotribe* (O. Lanz, 1801), en passant entre les deux pinces, ou entre la pince et la ligature, ou entre les deux ligatures.

Pour parachever, certains opérateurs recommandent d'abréger la muqueuse exubérante par une fine *curette tranchante* (Chaput, 1860), ou comme le fait Brun par des *ciseaux fins d'ophtalmologiste*. Ces manœuvres ne sont du reste pas indispensables.

En ce qui concerne le *niveau* de la section appendiculaire, les uns coupent à 1 centimètre ou 1 centimètre $\frac{1}{2}$ au-dessous de la racine de l'organe (Trevés. 1888) ; d'autres un peu plus haut.

Chaput coupe l'appendice au ras du cæcum, après avoir pratiqué la coprostase avec un grand *clamp* courbe et suture le petit orifice à trois étages : un étage muco-muqueux et deux étages sous-séreux ; le tout par un seul fil continu.

F. — Désinfection du moignon

Le moignon peut devenir une source de redoutables complications septiques ; aussi tous les chirurgiens s'accordent-ils, pour pratiquer une *désinfection* soignée de la racine de l'appendice.

Schwartz recommande, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de mars 1891, l'attouchement du pédicule avec un tampon imbibé d'eau *phéniquée* à 1 gramme pour 40. D'autres ont employé le *chlorure de zinc* (Dubourg) ; à l'heure actuelle, presque tous les chirurgiens, à l'exemple d'Hartmann (1897), touchent le moignon au *thermocautère*, jusqu'à odeur de tissu grillé.

G. — *Exclusion du moignon*

J'insisterai avec quelques détails sur cette manœuvre, parce qu'elle a été l'objet des plus grandes préoccupations de la part des chirurgiens.

Il y a ici encore un *procédé de choix*, un autre moins usité et des *procédés d'exception*, qui méritent d'être exposés individuellement.

1^o *Procédé de choix*. — C'est celui de Knowsley-Thornton (1888), ou *ligature suivie d'enfouissement*. Il consiste à enterrer le pédicule dans une plicature du cæcum. Avec le bec d'une sonde cannelée on refoule le moignon, cependant qu'au-dessus de lui on rapproche au moyen d'un surjet au catgut les parois cæcales environnantes par sutures séro-séreuses réparties sur un ou deux étages.

Kelly et Drawbarn placent préventivement un fil en bourse à points de Lembert autour de la racine de l'appendice, avant que celui-ci ne soit enlevé. Quand le vermium est ligaturé et excisé, il suffit de serrer les deux chefs de cette bourse pour enfouir instantanément le moignon.

« Sûre, rapide, cette technique passe pour la meilleure, encore qu'elle ait à son actif d'une part les *hémorragies*, dont une au moins mortelle, par glissement et chute de la ligature appendiculaire dans la lumière cæcale ; d'autre part, des *infections* localisées au moignon, sortes de petites appendicites en miniature, cliniquement décelables par le

point douloureux de Mac Burney, avec ascension du poulx et de la température. » (Longuet.)

Dans un autre cas, cité par ce chirurgien, la ligature coupa l'appendice sous les yeux même de l'opérateur et l'on dût réparer par une suture cette amputation à l'emporte-pièce de la racine du vermium.

2° *Procédé moins usité.* — C'est celui de Treves (1888), ou *suture suivie d'enfouissement*.

La plaie cæco-appendiculaire, est traitée conformément aux principes de la chirurgie intestinale, par une suture en surjet au catgut, comprenant : 1° la muqueuse (suture muco-muqueuse ou du premier plan) ; 2° la séreuse (suture séro-séreuse ou du deuxième plan) ; 3° la séreuse encore (suture séro-séreuse ou du troisième plan, Chaput, 1905). A cette technique sûre et élégante, rien à reprocher que la lenteur d'exécution.

3° *Procédés d'exception.* — a) La *ligature sans enfouissement* (Routier, 1902), soit par un nœud simple (Seelig, 1904), soit par un double nœud (Routier).

Malgré l'ardent plaidoyer de Seelig en sa faveur, elle est mal jugée. On regarde comme imprudent le fait d'abandonner un moignon ainsi ligaturé, source possible d'infection nécrotique, d'adhérences viscérales ou épiploïques, d'abcès, de fistules, de péritonite locale ou généralisée, en cas de chute précoce ou tardive du lien de catgut.

b) *Le retournement* (Jeset B. 1891) qui consiste à

inverser le tronçon appendiculaire, comme un doigt de gant, dans la cavité cæcale, la muqueuse devenant périphérique et la séreuse axiale. On fixe cette disposition par deux points séro-séreux à la base du moignon.

« Cette méthode est peu sûre, car elle expose au saignement de la tranche muqueuse non ligaturée dans le cæcum, et à l'infection péritonéale par insuffisante oblitération séro-séreuse. » (Longuet.)

c) *La forcimorsure à demeure* du moignon, soit par une pince hémostatique sortant à l'extérieur (Floderus, 1897), soit par les agrafes de Michel coinçant la tranche de section et abandonnées dans l'abdomen (Chaput, 1902).

Cette méthode a l'avantage d'être très rapide, mais elle est par contre, assez dangereuse, puisqu'elle expose aux inconvénients des corps étrangers laissés dans l'abdomen ; exemple : l'opéré de Floderus qui eut une fistule à la suite de cette forcimorsure à demeure.

d) *L'inclusion du moignon dans la plaie abdominale*, sorte de cæcopexie. (Dittmann, 1890.)

e) *La suture du moignon appendiculaire au moignon du méso* (Longuet, 1896), qui consiste à boucler la région du moignon par les débris du méso, et cela par deux ligatures réciproques des tronçons vermiculaires et séreux.

f) *L'inclusion du moignon appendiculaire dans un dédoublement du méso* (Denucé, 1907), qui consiste à cacher et à fixer le moignon dans le méso dont on

dédouble les feuillets par la sonde cannelée, en sorte que s'il se produit un abcès, ce sera « un abcès rétro-péritonéal ». (Lapierre.)

Une fois terminé le travail pédiculaire, il reste à substituer à toutes les pinces des ligatures au catgut, à s'assurer qu'il n'y a pas d'hémorragie en nappe ; à reviser particulièrement l'hémostase de l'artère appendiculaire ; à assécher enfin le foyer opératoire par quelques coups de tampons montés sur pince languette ; à remettre les viscères, les anses intestinales, l'épiploon en leur position normale. Ceci fait *l'acte intra-péritonéal est terminé.*

§ 7. — La fermeture de l'abdomen

Le Drainage

Cette question, d'importance capitale, se résout généralement ainsi : 1° Au point de vue *des indications* : appendicectomie à *chaud* = *drainage* ; appendicectomie à *froid avec abcès tièdes ou refroidis* ou *décollements étendus* = *drainage* : appendicectomie à *froid sans abcès* ni dissection = *pas de drainage*.

Ces formules sont bonnes, parce que prudentes. On ne saurait pourtant s'en tenir à ce tableau et le considérer comme infaillible ; ses limites sont élastiques. Ainsi en cas de foyer ocre-jaune, reliquats d'abcès, Jalaguier qui ne draine pas, n'a eu aucun accident. D'autre part, dans la prosphysectomie précoce à chaud, Borelius (1906) préconise la fermeture intégrale de la plaie sans drainage, et la statistique obtenue est la suivante : sur 16 malades ainsi traités, tous ont guéri très simplement, quittant en moyenne l'hôpital le dix-septième jour. Chez les drainés au contraire, la cicatrisation est beaucoup plus lente et n'est complète qu'après trente-huit jours environ. Certes, pareils résultats sont de nature à lever nos scrupules, et nous dirions volontiers avec Longuet : « La plaie peut être complètement fermée chaque fois que le péritoine péri-cæcal est peu ou pas

altéré. Le drainage est prudent quand l'exérèse entraîne à des décollements étendus. Il s'impose si l'inflammation, récente ou ancienne, à forme suppurée ou sphacélique, dépasse l'enveloppe du vermium. »

2° *Au point de vue technique.* — Notre maître le Dr Schwartz (1894) et quelques autres, usent de *mèches de gaz iodoformée ou germicidée*, dont l'un des chefs est déposé au contact du moignon enfoui, tandis que l'autre sort librement au dehors des téguments. Par capillarité les sécrétions séro-septiques sont ainsi évacuées.

D'autres chirurgiens préfèrent le *drain* de caoutchouc rouge, unique ou double (en canon de fusil), taillé en bec de flûte à l'extrémité pénétrante, et maintenu extérieurement contre la plaie au moyen d'une épingle anglaise.

On a accusé ce procédé de provoquer des adhérences par le contact prolongé du tube avec l'intestin, et aussi d'être peu propice à l'évacuation, les sécrétions stagnant en déclivité dans le drain.

Aussi les préférences générales vont-elles vers une pratique en quelque sorte *mixte*, consistant dans l'emploi de *drains* dont la périphérie est enveloppée d'une *gaine de gaze* (Jalaguier).

La lumière centrale est vide ou mieux lâchement remplie d'une très mince lanière de gaze, dispositif expérimenté à plusieurs reprises avec succès par Longuet. Toutefois, il faut bien reconnaître que la réunion par première intention est fort compro-

mise par le drainage quel qu'il soit, même le plus parfait.

Il est des cas où il est préférable de pratiquer le *drainage rectal*, ce qui du reste présente le gros avantage de permettre de refermer complètement la plaie, et d'éviter, par conséquent, l'éventration post-opératoire ; je veux parler des décollements et abcès pelviens.

Le moyen très simple d'exécuter ce drainage est décrit par Chaput : « Un aide introduit son index dans l'anus et le porte le plus haut possible sur la paroi antérieure du rectum. Il conduit une pince courbe jusqu'à l'extrémité de ce doigt et porte ensuite la pointe de la pince à la rencontre de l'index de l'opérateur introduit par la plaie abdominale. »

Lorsque ce dernier a pris contact avec la pince, il demande à son aide d'en ouvrir un peu le mors ; il incise alors le rectum entre lesdits mors ; ceux-ci sont poussés à travers l'orifice et chargés d'un gros drain qu'on ramène par l'anus.

Chez la femme, le drainage se fait encore plus facilement par le vagin.

Enfin, en cas de supuration étendue, pour plus de précaution, on peut pratiquer le *drainage trans-abdomino-rectal ou vaginal* avec un tube sortant par la plaie abdominale d'une part et par l'anus d'autre part.

Technique de la suture pariétale

Ici les chirurgiens se partagent en deux catégo-

riés, selon qu'ils exécutent ce qu'on appelle une *suture en masse* de la paroi, ou au contraire une *suture par étages*.

Ainsi Routier (1890), préconise une suture au fil d'argent passant profondément jusqu'au péritoine. Dans l'intervalle de ces points, il place quelques crins de Florence cutanés, superficiels.

Les « étagistes », au contraire, avec et depuis l'Américain Bull (1888), exécutent trois plans de suture : un fibro-péritonéal, un autre pour la lèvre antérieure du grand oblique et un superficiel pour les téguments.

A cela Jalaguier ajoute un quatrième et cinquième étage pour la fixation du muscle grand droit dans sa gaine reconstituée, et pour la fermeture de la gaine antérieure du droit.

Dans le cas particulier de l'incision transfibro-musculaire iliaque de Roux, il importe, dit Brun, de charger avec les fils du deuxième plan le bord inférieur du muscle petit oblique. La contention des lèvres par de petites pinces à griffes de Chaput facilite beaucoup la suture.

La distinction classique en *mono* ou *pluri-étagistes* a cessé d'être acceptable. Avec Longuet et son élève Beix (1), nous admettons, en effet, que personne n'est en réalité *mono-étagiste*, et que ce n'est pas là que réside la division, mais bien sur un autre point non

1. Beix. *La laparocœliotomie morgagnienne* : Thèse de Paris, 1907.

moins important, je veux parler du fait d'*abandonner ou non des fils à demeure dans la plaie*. Et comme ceux qui utilisent le catgut en espèrent la résorption complète, il en résulte que tous les opérateurs poursuivent en réalité un but unique, qui est *de ne laisser derrière eux aucun fil*, pour éviter dans la suite tous accidents sphacéliques que peuvent déterminer des corps étrangers abandonnés à demeure dans la paroi.

Le pansement

Il consiste dans l'application directe et immédiate sur la plaie :

1° D'une couche de gaze iodoformée (Schwartz, Damaye) ou germicide à la vapeur d'eau (Terrier) ;

2° D'une nappe de coton hydrophile.

3° D'une épaisse couche d'ouate non hydrophile.

4° D'un bandage de flanelle avec sous-cuisses fortement serrés pour comprimer légèrement la plaie.

S'il y a eu abcès intra-péritonéal, on peut présumer que la suppuration sera abondante ; alors drains et pansements seront renouvelés toutes les quarante-huit heures.

Au contraire, dans l'éventualité du drainage de prudence facultatif pour appendicites à froid, les tubes resteront au moins cinq jours en place, car passé ce délai, les mèches adhèrent moins, sont d'extraction plus facile et moins douloureuse (Jalaguier).

Chaque drain doit être progressivement raccourci jusqu'à sa suppression totale, à mesure que l'écoulement se tarit.

Ablation des fils cutanés du dixième au douzième jour.

Les soins consécutifs

La conduite à tenir se résume dans : 1° la diète absolue pendant les deux premiers jours ; 2° l'administration de stimulants (champagne, camphre, digitale) ; 3° l'ingestion d'eau salée (Floderus) ou l'injection de sérum artificiel pour favoriser l'élimination des toxines ; 5° un évacuant intestinal purgatif léger le sixième ou septième jour (Jalaguier) ; 6° le remplacement du bandage après l'ablation des fils par un pansement local au stérésol (Jalaguier) ; 7° le port d'une sangle de Glénard quand la cicatrisation est complètement terminée (Roux) et tous les Morgagniëns-listérisés attachent à cette précaution une très grande importance. Roux, Brun, Ricard, Legueu, Talamon, etc., s'accordent à recommander à leurs opérés le port d'une sangle abdominale efficace contre l'éventration post-chirurgicale.

§ 8. — Les difficultés de technique et la conduite à tenir

A côté des cas simples, faciles, exempts de toute complication, nous devons maintenant envisager avec détails les cas atypiques, complexes, où l'opérateur se trouve face à face avec des difficultés imprévues et d'ordre différent.

A. — *Au premier temps*

1° *Blessure et section des nerfs de la paroi.* — Voilà une première faute qui a comme conséquence la *paralysie* des droits et des obliques (Assmy).

2° *Blessure des vaisseaux épigastriques.* — Jala-guier, dans deux cas, a été amené à trancher ces vaisseaux ; mais ce n'est somme toute qu'un incident de modeste importance, si l'on prend soin de pincer, puis de lier l'artère. Il va sans dire que pareille complication ne peut s'observer qu'avec certaines incisions, telles que celles de Battle ou de Roux.

3° *Difficultés tenant à un jour insuffisant.* — Il peut arriver, et quelques observations en font foi, que l'incision classique ne permette pas d'atteindre

l'appendice. Quelle conduite tenir en ce cas ? Refermer la plaie et refaire une seconde section des téguments en lieu opportun, ou tourner la difficulté, en pratiquant séance tenante une fente de débridement, qui transforme l'incision en T (Cazin) ou en un H (Reynier).

B. — *Au deuxième temps*

1° *Difficulté ou impossibilité de libération.* — C'est là une difficulté fréquente due à ce que les adhérences péri-cæcales, en majeure partie constituées par l'épiploon, forment d'inextricables magmas simulant même un néoplasme. Que faire ?

a) La *dissection incomplète* (Bruce et Clarke, 1890); c'est-à-dire rester en route, battre en retraite, suturer la paroi. Et, paraît-il, cette dissection avortée peut donner des guérisons, exemple : deux cas de Quénu. Mais, en face de quelques guérisons, Morton relève des cas de *mort par shock* attribuées à la longueur de l'intervention, au *suintement hémorragique* persistant dû à la rupture, à la dilacération par la pince, la sonde cannelée, le bistouri, d'adhérences très vasculaires, non ligaturables. Ou bien encore, le malade, une fois guéri de son opération, est pris de crises appendiculaires ultérieures, nécessitant une seconde intervention, comme ce fut le cas pour un malade de Julliard. Ou enfin il est pris d'*occlusion intestinale* par incarceration d'une anse

grêle dans l'inextricable réseau des fausses membranes.

b) A la dissection de l'épiploon, on préférera, chaque fois que la chose est facilement réalisable, l'*excision en masse* de cette membrane, suivant la recommandation judicieuse de Walther.

Cette manœuvre présente sur la précédente deux sérieux avantages : elle est plus expéditive et plus efficace. On méconnaît trop souvent, en effet, le rôle néfaste du grand épiploon, source possible d'*épiploïtes* aiguës, subaiguës ou chroniques, douloureuses ou suppuratives, avec pincements, tiraillements, gêne fonctionnelle de l'intestin, voire même de l'estomac par quelque corde rétractée.

Quoi qu'il en soit, la *dissection* ou l'*excision* des adhérences, avec abandon de l'organe vermiculaire en place, ne sauraient être considérées autrement que comme des pis-aller.

c) On peut en dire autant de la conduite inverse : *excision de l'appendice avec conservation du bloc adhésif ambiant*. Ce n'est qu'un expédient, précieux, il est vrai, car dans quelques observations (Lejars), on a vu le gâteau diminuer, fondre et se résorber complètement en l'espace de quelques semaines.

Si la *restitutio ad integrum* d'un pseudo-néoplasme pérityphlitique n'est pas parfaite, le malade reste exposé pour plus tard à des accidents d'*occlusion intestinale* ou de *péritonite chronique douloureuse*.

d) Un autre moyen d'éviter la dissection trop labo-

rieuse de la masse épiploïque, consiste à assurer la libre circulation des matières intestinales, compromise par des adhérences extra-pariétales, en établissant séance tenante une *entéro-anastomose iléo-colique* avec (Gallet, 1902) ou sans exclusion intestinale. Là encore la guérison complète demeure problématique et il en fut précisément ainsi chez l'opéré de X... de New-York, dont l'observation fut citée par Talamon (1892).

e) Plus grave sans doute, mais plus radicale et, partant plus satisfaisante, apparaît la conduite de Sonnenburg qui, à plusieurs reprises, n'hésita pas à réséquer l'anse *iléo-cæco-appendiculaire*, avec *anastomose iléo-colique* pour le rétablissement de la continuité du tractus intestinal.

Si cette manière de faire trouve parfois une indication en présence d'une appendicite chronique simple, comme le prouve un cas récent d'Hartmann ; par contre, elle convient plutôt aux cas de tuberculose, d'actinomyose, d'épithélioma de la zone iléo-cæcale, avec ou sans participation du vermium. Dans l'appendicite chronique, elle se chiffre par des succès ; il est vrai que, jusqu'à ce jour, les observations en sont rarissimes !

2° Voici franchis sans encombre les obstacles pré-appendiculaires et l'anse iléo-cæcale nettement en vue. LATENCE DE L'APPENDICE, telle est la surprise assez déconcertante qui vaut d'être étudiée. *Latence*, pourquoi ? Avec Longuet, nous distinguons plusieurs causes :

a) *Situation anormale* de l'organe. Il faut courir droit au *point fixe*, la racine du vermium, à la jonction des trois bandelettes longitudinales, pour, de là, suivre l'appendice masqué, le filer, le dégager jusqu'en ses tunnellisations rétro-cæcales internes ou externes, ascendantes, ou iliaques sous-cæcales. Et ceci même au prix d'une section longitudinale ou transversale du péritoine pariétal postérieur et des ligaments cæcaux qui permettra d'agir par voie de décollement sous-séreux. Il va sans dire qu'il ne faut s'avancer qu'avec extrême prudence et prendre le plus grand souci de l'uretère, des vaisseaux spermaticques et utéro-ovariens. Naturellement la brèche doit être réparée avec soin par une suture de recollement.

Dans ce cas, Wood (1895) poursuit ainsi l'appendice au travers du mésentère où il s'était incarcéré. Une autre fois Thierry dut s'en tenir à une extirpation partielle du cordon vermiculaire, laissant la racine trop adhérente dans sa fossette sous-cæcale, après en avoir fermé la lumière par une suture, créant ainsi de propos délibéré une cavité close, ce qui n'eut d'ailleurs aucun inconvénient par la suite.

b) *Auto-amputation inflammatoire du vermium* sous l'influence d'une appendicite gangréneuse antérieure. Mais, en y regardant de près, un moignon persiste comme vestige, ainsi que Roux l'a constaté cinq fois. Et ce moignon, mieux vaut l'exciser, car il devient parfois douloureux ainsi que Longuet a pu

l'observer dans un cas personnel opéré et publié en 1903.

c) *Inclusion pariétale cæcale de l'appendice.* — Des adhérences ont collé, fixé l'organe le long et dans l'épaisseur de la paroi cæcale. Par-dessus lui, le péritoine a repris son aspect de couverture plus ou moins lisse. Il faut alors, à l'exemple de Routier, palper le cæcum à pleine main, en accoler les faces opposées entre le pouce et l'index, et rechercher la sensation d'un cordon allongé, un peu dur, avec ou sans concrétion stercorale révélatrice (pouvant d'ailleurs être simulée par un ganglion). A ce niveau, l'arrachement à la pince de la coque enveloppante, suivie d'une dissection longitudinale, permettent de « déterrer » peu à peu le diverticule recherché.

d) *Adhérences viscérales profondes de l'appendice.* — A chaud, cette éventualité est fréquente. Mais la conduite ne prête guère à discussion. Ouvrir les abcès, stériliser leurs foyers par détersions antiseptiques, décoller prudemment quelques fausses membranes, molles, glutineuses, et si l'excision du vermium apparaît comme un peu difficile, si l'organe ne se présente pas immédiatement, ne point insister, laisser tout en place, et n'assurer que le drainage, car la dissection de la masse hyperseptique est d'une gravité redoutable. C'est une cause de *septicémie péritonéale mortelle*. Mieux vaut donc laisser refroidir et réserver pour plus tard la « prosphysectomie secondaire ».

Au contraire, à *tiède* ou à *froid*, on peut marcher

de l'avant et s'attaquer de front aux adhérences appendiculo-viscérales. Ce n'est du reste pas toujours chose fort aisée, car la pointe du vermium peut aller se fusionner avec les vaisseaux iliaques (Wyett), avec la vessie (Jalaguier), avec l'uretère (Treves), avec les annexes de l'utérus (Richelot), avec le rectum (Roux), l'iléon (Terrier), ou le cæcum (Assaky). Et chacune de ces dispositions, de topographie si variable, exige une conduite spéciale.

L'*adhérence aux vaisseaux* nécessite des ligatures, ce qui expose à l'artérite ou à la phlébite, vu la sépticité du tissu adhésif au sein duquel on opère.

L'*adhérence aux annexes de l'utérus* a, comme conséquence thérapeutique, la castration concomitante (Richelot).

L'*adhérence à l'uretère* réclame la plus grande attention. Il peut être très difficile, comme Treves l'a fait remarquer il y a longtemps, de distinguer l'uretère de l'appendice. Récemment, Ferron rapporte qu'un chirurgien s'obstinait à vouloir anastomoser, en guise d'uretéro-cysto-néostomie, l'appendice long de 18 centimètres, remontant dans la direction du rein, comme le prouvait une fine bougie introduite dans sa lumière au travers d'une boutonnière. Deux concrétions fécales démontrèrent qu'il s'agissait de l'appendice et non de l'uretère, comme on le croyait tout d'abord.

Quand l'*adhérence* se fait avec la *vessie*, une suture ne comprenant pas la muqueuse réparera la paroi, comme l'a fait Jalaguier.

Plus sérieux est le pronostic opératoire des *adhérences avec l'intestin*. Peut-être gagneraient-elles parfois à être respectées, quand, par exemple, elles sont la conséquence d'une fistulation évacuatrice du vermium dans le grêle ou le cæcum, sorte de processus de guérison. Or Longuet fait observer que la dissection libératrice a comme premier effet de déboucher cette perforation bimuqueuse, d'enlever « l'empîeement » obturateur. Il faut donc, au cas où l'on se risque à exciser un appendice ainsi collé, s'attendre à déchirer l'intestin. Terrier dut suturer l'iléon perforé et Gérard-Marchant le cæcum. Leurs malades ont guéri, ainsi que quelques autres traités de la même manière. Mais le pronostic est évidemment assombri par cette fâcheuse éventualité, et on cite un cas opéré à froid, où la déchirure de l'iléon, pourtant bien suturée et bien drainée, donna lieu à des symptômes de septicémie péritonéale, ayant entraîné la mort le septième jour,

3° On peut avoir des *difficultés lors du pincement ou de la ligature préventive du méso*. Si ce dernier est infiltré de graisse, s'il est enflammé et friable, s'il est tuméfié par des ganglions en voie de suppuration, les pinces, les fils le prennent mal, le coupent et le glissement des liens a comme conséquence des *hématomes*, des *hémorragies* mortelles, provenant de l'artère appendiculaire.

4° Longuet cite un cas où la *décortication sous-séreuse*, particulièrement difficile, provoqua une *hémorragie en nappe* mortelle. Dans plusieurs

observations, le même fait est signalé après libération d'adhérences très vasculaires, malgré l'hémostase au thermocautère ou par ligature.

5° Parmi les difficultés surgissant lors de l'*excision* du *moignon*, mentionnons un cas où il fut impossible de procéder à l'enfouissement (Longuet). Le péritoine cæcal enflammé, cartonné, friable, s'opposait à toute piqûre et suture séro-séreuse. On réussit à grand'peine à protéger ce moignon en liant à lui un fragment d'épiploon et de méso par le fil de ligature appendiculaire laissé assez long.

C. — *Au troisième temps*

Enfin, lors de la fermeture de l'abdomen, *l'impossibilité d'établir un drainage suffisant* reste le dernier obstacle à prévoir. Dans quelques observations nous avons lu que l'opérateur eut beaucoup de difficulté à établir un bon drainage ; l'incision pariétale ne correspondait pas au foyer sous-cæcal et par suite le tube se trouvait coudé. Certains chirurgiens n'ont pas craint de pratiquer une petite ouverture spéciale au travers de la paroi pour le libre passage du drain en bonne orientation.

A parcourir la liste un peu longue des difficultés de technique, l'on reste sous l'impression d'une intervention grave. Remarquons toutefois avec Longuet, que nombre de ces obstacles sont dus à ce que l'acte sanglant ne fut pas toujours exécuté en temps

opportun. « Ainsi quelques-unes de ces décortications pénibles, quasi-légendaires, ont trait à des appendicectomies déjà anciennes, datant de la phase d'expérimentation, où l'on se décidait, soit trop tôt à tiède, soit trop tard après huit ou dix crises consécutives. Il y a lieu d'espérer qu'à l'avenir la prosphysectomie deviendra d'autant plus souvent simple, bénigne, facile, que l'indication sera mieux précisée au point de vue du moment le plus propice et de la technique opératoire pour chaque cas particulier.

§ 9. — Fautes opératoires et leurs conséquences

Ce n'est point chose aisée que de dresser le bilan des fautes, vu la difficulté de distinguer les complications tenant à un vice de technique, de celles qui ressortissent de la maladie elle-même et à son processus extensif infectieux.

Toujours tenté d'incriminer la maladie, l'opérateur doit pourtant reconnaître qu'il est parfois l'auteur conscient ou non d'un certain nombre de fautes que nous grouperons en trois classes ; c'est-à-dire que nous ajoutons aux accidents d'*hémotase* et de *septicité* distingués par Longuet, une troisième série d'accidents intermédiaires à ceux déjà décrits ; nous voulons parler des *complications cardiaques* à forme embolique.

A. — *Accidents d'hémotase*. — Les causes d'hémorragies mortelles ou seulement inquiétantes sont très nombreuses surtout dans les vieilles appendicites à rechute, avec foyers inflammatoires dans la région péricæcale, et par conséquent avec adhérences fibromusculaires très étendues. La dissection de ces adhérences peut donner lieu à des déchirures d'ar-

téριοles iléo-cæcales (Delorme, 1893) qui, malgré les ligatures multiples au catgut ou le grillage au thermo, continuent à suinter en nappe dans le péritoine, et dans les cas heureux il se fait un travail d'enkystement autour des hématomes ainsi formés.

Pareil fait se produit parfois aussi après la décoration sous-séreuse suivant le procédé de la « manchette » décrit plus haut.

On cite encore des hémorragies dues à la rupture du lien jeté sur l'artère appendiculaire (Edebohls) ou au glissement du catgut enserrant le moignon, dont la tranche cruenta ainsi libérée saigne dans le cæcum. (A. Broca, 1902.)

Plus souvent on observe l'ulcération de l'épigastrique par un drain évacuant des sécrétions septiques.

Il est clair qu'une technique de renoncement prudent en face de trop grandes complications, ou qu'un manuel perfectionné constituent le meilleur moyen de prévention contre ces hémorragies. (Longuet.)

A côté de ces hémorragies post-opératoires, c'est-à-dire résultant de la seule intervention, il en est une série d'autres qui trouvent leur origine dans un état général infectieux par extension de l'inflammation appendiculaire. Les unes sont locales ou à proximité de la zone hyperseptique : ulcération du cæcum tuméfiée (Ricard), du grêle (Osler), de l'iliaque externe (Poivel). Les autres se produisent à distance sous l'influence de la toxhémie et parmi celles-ci *l'hématémèse* est la plus redoutable, heu-

reusement assez rare. En 1901 Dieulafoy a réuni sur le titre de : *Vomito negro appendiculaire* quelques observations d'hématémèses. Il attribuait la pathogénie de ces vomissements à une « dégénération suraiguë de l'épithélium glandulaire sous l'influence des toxines venues du foyer infectieux.

D'autres auteurs et parmi eux Dayr (*Münch mediz Wochenschrift*, 1904) attribuent une importance considérable aux lésions souvent constatées (1) des veines de l'appendice et du mésentère et aux embolies rétrogrades qui en partent.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un malade appendicectomisé présentant le syndrome clinique de l'hémorragie interne (hypopression du pouls, dyspnée, pâleur de la face, selles sanguinolentes, etc.). Il peut être indiqué de pratiquer séance tenante une opération itérative destinée à parachever l'hémostase, à assurer les ligatures et au besoin à comprimer par un tamponnement à demeure la région qui saigne. « Mais nombre de malades, hyperinfectés, déprimés, sont trop faibles pour supporter un nouveau trauma et bien souvent l'on risque d'être appelé trop tard. » (Longuet.)

B. — *Accidents cardiaques.* — Sous ce nom, nous réunissons les cas relativement fréquents de mort

1. Michel et Perrin (*Revue médicale de l'Est*, 1904), autopsie d'une jeune fille morte d'hématémèse le lendemain de l'opération. On trouve dans la veine iliaque primitive gauche un caillot long de 15 à 18 centimètres et plusieurs ulcérations gastriques, grandes comme des pièces de 1 franc.

subite attribuée à une embolie et survenant un à trois jours après l'intervention. Telles sont les observations rapportées récemment par Walther, Jalaquier, Guinard, Bazy, Salesses (de Chambéry). Au reste, l'infection est peut-être pour une grande part dans cette fâcheuse complication, et partant ce groupe rentrera dans celui des accidents septiques dont il nous reste à parler.

C. — *Accidents septiques*. — Les accidents septiques appendicectomiques forment dans leur gravité une chaîne entière, de l'élimination des fils à la septicémie mortelle. A la lecture des observations, il est le plus souvent impossible de dépister la part du vice de technique, et celle du processus morbide infectieux. Cependant Longuet a dressé l'état civil des complications par faute manuelle selon une échelle régulière : « 1° Elimination des fils avec ou sans suppuration autour des catguts ; 2° phlegmons de la paroi (suraigus, aigus, chroniques ; précoces ou retardés ; 3° typhlite ou appendicite post-opératoire tenant à l'infection nécrobiologique du moignon laissé trop long (Treves) ; 4° fistule stercorale, par chute du lien appendiculaire, par ulcération du cæcum au contact d'une mèche iodoformée (Poncet) ; 5° phlébite du membre inférieur droit ou plus rarement à gauche ; 6° péritonisme (Schwartz) ou mieux à notre avis, péritonite localisée, pouvant légitimer une laparotomie secondaire évacuatrice ; 7° éven-tration, complication assez fréquente qu'une germination plus parfaite du matériel, qu'une incision

moins longue, moins « balafrante » et par dissociation tend à rendre plus rare ; 8° accidents hépatiques (Pollet, 1902) par émotion (ictère émotif) ou par intoxication chloroformique, mais plutôt par angiocholite infectieuse ; 9° troubles gastro-intestinaux persistants par adhérences, coudures, tortions, tractions viscérales, avec épiploïte ou péritonite subaiguë ou chronique, sèche, adhésive ou suppurée ; 10° occlusion intestinale complète ou incomplète par incarceration d'une anse grêle ou du cæcum ; 11° septicémie péritonéale mortelle, généralisée par une rupture d'abcès, par ouverture ou infection nécrotique du moignon.

Aussi bien cette question de septicémie post-appendicectomique mérite-t-elle, par une importance prédominante, d'être étudiée spécialement pour établir le coefficient de léthalité opératoire. Ce sera probablement l'objet d'une étude statistique ultérieure de l'Ecole Morgagnienne Listérisée, basée sur plusieurs milliers d'interventions pratiquées à chaud ou à froid, en tous pays.

NOTES CLINIQUES

Les observations que nous pourrions citer ici d'appendicectomies n'auraient aucun intérêt, puisqu'on en a déjà publié des milliers. Nous voulons seulement donner quelques observations de mort subite après appendicectomie à froid qui forment comme une note clinique au dernier chapitre de notre thèse sur les accidents post-opératoires. Du reste, il existe fort heureusement peu d'exemples de ces catastrophes quelque peu inexplicables.

OBSERVATION I

Notre maître le Dr Cerné, professeur de Clinique Chirurgicale à l'école de Médecine de Rouen, a bien voulu nous livrer l'observation suivante, une des « plus douloureuses de sa carrière » :

X..., quatorze ans, de souche bacillaire, suspect lui-même quelque temps auparavant, mais actuellement en bonne santé, présente une crise appendiculaire très légère, avec fièvre peu intense n'ayant duré que quarante-huit heures.

La revue soigneuse des antécédents montre qu'il a dû avoir antérieurement quelques crises avortées. L'ablation

de l'appendice à froid est décidée. Elle est pratiquée cinq semaines après la crise aiguë.

L'opération est faite dans les meilleures conditions. C'est à peine si j'introduis le bout de mes doigts dans le ventre pour retirer un appendice dont le sommet seul présente une adhérence épiploïque insignifiante qui se rompt sous le doigt.

Enfouissement du moignon après cautérisation au thermo.
Réunion sans drainage.

Le lendemain matin je trouve l'enfant agité, avec 38° 5 de température, pouls à 104, vomissements.

La péritonite ne me paraît pas douteuse et dans l'après-midi je rouvre le ventre. La température est à 39 degrés, le pouls à 120 ; l'état général mauvais.

Liquide louche dans l'abdomen. Le fond du cæcum présente une couleur feuille morte, gangréneuse. J'isole avec soin cette partie mortifiée en l'entourant d'une gaze iodoformée. Drainage.

Pas de modification dans l'état général.

Mort dans la soirée du lendemain.

L'explication d'une mort aussi rapide ne laisse pas que d'être fort embarrassante. Doit-on admettre une auto-infection de la muqueuse cæcale soit par le coli-bacille virulent, soit par tout autre germe résultant de la crise aiguë, encore en activité malgré l'apparence contraire ?... Doit-on incriminer le mauvais terrain, mais combien d'opérations sont innocentes sur des sujets autrement déprimés et en état de moindre résistance !...

OBSERVATION II

Nous avons relevé cette seconde observation de mort rapide dans le *Medical Record* de juin 1903.

Becky O..., dix-neuf ans, entre le 27 juin à l'hôpital du Mont Sinaï. Cinq semaines auparavant crise d'appendicite aiguë. Depuis le 23 juin douleurs dans la fosse iliaque droite et constipation.

A l'examen douleur au point de Mac Burney, bon état général, pouls 76, température 98 (F.). Urines normales.

Le 30 juin intervention. Chloroforme. Appendice congestionné, peu adhérent, péritoine brillant. Ablation, cautérisation. Fermeture complète du ventre.

1^{er} juillet. — Vomissements noirs, prostration, pouls 130, température 101 $\frac{1}{4}$ (F.); traces d'albumine. Rien au ventre.

3 juillet. — persistance des vomissements; pouls 174, température 105 degrés. Collapsus. Mort.

Pas d'autopsie.

En l'absence de schock opératoire l'auteur (Arpad Gester) pense à une toxémie intense, étant donnée la prostration profonde, la petitesse du pouls, la température modérée, ou à l'*embolisation d'un thrombus veineux déliquescent*.

OBSERVATION III (Personnelle)

Henri C..., vingt-quatre ans, entre le 3 juillet 1907 à l'hôpital civil de Versailles. Six semaines auparavant crise d'appendicite aiguë avec vomissements, constipation, douleur violente et persistante (quarante-huit heures) au point de Mac Burney. Glace, diète hydrique. Depuis vagues douleurs dans la fosse iliaque droite ; pas d'empâtement ni de cordon appréciable à la palpation.

Point de Mac Burney sensible à la pression profonde.

Etat général très bon ; urines normales. L'intervention est décidée.

5 juillet. — *Opération*. — Chloroformisation avec l'appareil de Ricard. Incision de Mac Burney. Appendice rétro-cæcal avec quelques adhérences molles. Ligature du méso et de l'appendice. Section au thermo ; enfouissement du moignon par un fil en bourse. Aucune difficulté opératoire.

Suture par étages au catgut et crins de Florence. Pas de drainage.

6 juillet. — Le lendemain à 11 heures du matin le malade est pris de vomissements noirs, répétés ; les yeux sont excavés ; le pouls à 120, puis 130 ; la température tombe à 36° 1. Prostration. Le ventre est un peu douloureux.

Le soir les vomissements augmentent ; le pouls devient de plus en plus rapide, 170 ; le malade tombe dans le collapsus et à 2 heures du matin, le 7 juillet, il meurt.

Pas d'autopsie.

Ici encore on peut croire à une infection aiguë

généralisée ou à l'embolisation d'un thrombus veineux déliquescent.

OBSERVATION IV (Résumée)

(D^r Guinard, *in* thèse Petit)

H. D..., vingt-deux ans. Crises appendiculaires répétées mais bénignes.

Opération. — Appendice fibreux, oblitéré, peu adhérent. Ablation facile.

Suites opératoires normales.

Mort subite le sixième jour.

OBSERVATION V (Résumée)

(Sonnenburg de Berlin, *in* thèse Druais)

N. W..., vingt ans, opéré six jours après sa première attaque d'appendicite.

Suites normales.

Cinq jours après l'opération frisson violent et mort subite.

Autopsie. — Embolie pulmonaire droite.

CONCLUSION

Dans le travail qu'on vient de lire, notre unique but, et nous espérons l'avoir atteint, a été de tracer le tableau général de l'appendicectomie par un exposé détaillé et aussi précis que possible de toutes les méthodes, de tous les procédés employés par les chirurgiens contemporains pour aller à la recherche du vermium, l'enlever et éviter les accidents post-opératoires par une technique de plus en plus parfaite. Nous ne voulons pas dire cependant que l'histoire de cette opération soit à son dernier feuillet ; il y a un premier tournant passé après une étape parfois pénible, mais allègrement accomplie et marquée par de brillants succès. La voie reste largement ouverte à ceux qui par leur science et leur talent font progresser à grands pas l'art de la chirurgie.

Viendra peut-être un jour où, suivant une pratique américaine vraiment très « transatlantique » tout citoyen d'une quelconque république, malade ou bien portant, confiera son abdomen au bistouri du chirurgien comme il confie son bras à la lancette du vaccinateur et chacun portera ces deux « balafres » ineffaçables. Nous sommes loin d'être atteint de

cette « folie chirurgicale » et de marcher avec cette avant-garde par trop aventureuse ; nous nous contentons de croire que l'enlèvement du vermium, son « rapt » au cours de toute laparotomie, est une très bonne pratique, car les difficultés de technique s'aplanissent de plus en plus, tout danger tend à disparaître, et cette intervention deviendra, grâce aux progrès incessants de la chirurgie, d'une bénignité et innocuité presque absolue.

Vu : Le Président de la thèse :

SEGOND

Vu : le Doyen :

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

DEUXIÈME PARTIE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les différents travaux parus en Europe et en Amérique sur l'appendicectomie sont ici groupés suivant le plan de la première partie.

Incisions de choix, de variante et d'exception ;

Exérèse de l'appendice ;

Traitement du moignon ;

Fermeture de la paroi ;

Difficultés de technique ;

Fautes opératoires et leurs conséquences.

§ 1. — L'ouverture de l'abdomen

INCISION DE CHOIX

LAPAROTOMIE ILIAQUE TRANSPÉRITONÉALE

LAPAROCÆLIOTOMIE ILIAQUE TRANSFIBROMUSCULAIRE

OBLIQUE (Roux, 1858)

EUROPE

ALLEMAGNE

Graser (d'Erlanger). — In XIX^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Berlin, 1890.

Sonnenburg. — Appendicectomie à chaud et à froid ; 30 cas

personnels. In Deutsche Zeitschrift für chirurgie, XXXVIII, 2, 3, 1894.

BELGIQUE

Von Engelen. — Appendicectomie (par l'incision de Roux faite très bas comme pour une cure radicale de hernie). Cercle médical de Bruxelles, 7 février 1902.

FRANCE

Poirier. — Traitement de l'appendicite (incision de Roux). Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 31 juillet 1895.

Reclus. — Appendicectomie à chaud et à froid (incision de Roux). In Semaine médicale, p. 210, 1898.

Brun. — Appendicectomies par l'incision de Roux pour appendicite chronique. In Presse médicale, 30 mars 1898.

Walther. — Appendicectomies (par l'incision de Roux) pour appendicite chronique. In Rastouil. Thèse de Paris, 1898.

Lejars. — Appendicectomie (par l'incision de Roux. (In Bulletin de la Société chirurgicale. Paris, février 1899.

Tedenat. — Appendicite à rechute et annexite droite. Appendicectomie et castration unilatérale droite par voie iliaque. In :

Besson (M.). — Rapports entre l'appendicite et les salpingo-ovarites. Thèse de Montpellier, 1894-1895.

Reynier. — Appendicectomie (par l'incision de Roux) quand on suppose trouver du pus. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, février 1899.

Delbet (Paul). — Appendicectomie (par l'incision de Roux) en

cas d'appendicite suppurée. In XIV^e Réunion de l'Association française de Chirurgie, octobre 1901.

Delagénère (H.). — De l'appendicectomie (par l'incision de Roux) en cas de suppuration avec lavage à l'eau oxygénée des abcès. In Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, 1901.

Broca (A.). — De l'appendicectomie (par l'incision de Roux). In Congrès belge de Chirurgie, 1902, et in Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 8 septembre 1902.

GRANDE-BRETAGNE

Treves. — Première appendicectomie à froid. In Société médico-chirurgicale de Londres, 14 février 1888 et plusieurs appendicectomies à froid (incision iliaque). LVII^e Réunion de l'Association médicale britannique tenue à Leeds, août 1889.

SUISSE

Roux (de Lausanne). — De l'appendicite et son traitement chirurgical. Revue médicale de la Suisse Romande (1890) et Réunion générale des médecins suisses tenue à Genève, 28 mai 1892.

AMÉRIQUE DU NORD

ÉTATS-UNIS

Morris (Robert-T.). — Incision réductible à 4 centimètres. In American Journal of med. Sc., p. 556, juin 1891.

Weggin. — Double castration pour pyosalpinx ; appendic-

tomie par voie iliaque cinq jours plus tard ; guérison.

In New-York medical Journal, 1894.

Kene (S.). — Appendicectomie et salpingectomie par la voie iliaque droite. In Brooklyn med. Journal, 1895.

INCISIONS DE VARIANTE

A. — LAPAROTOMIE ILIAQUE TRANSFIBROMUSCULAIRE VERTICALE DE MAX SHULLER (1888) (le long de la ligne semi-lunaire.)

EUROPE

ALLEMAGNE

Shüller (Max). — In Archives de Langenbeck, p. 856, 1889.

Backer (Adolf). — Coexistence de l'appendicite et de la cholélithiase ; traitement des deux par la même incision latérale. In Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, LXVI, 3 et 4, 1903.

SUISSE

Kraft (Ch.). — Traitement chirurgical de la pérityphlite. In Revue médicale de la Suisse Romande, 20 octobre 1888.

GRANDE-BRETAGNE

Dyce-Duckwood et *Langton*. — In Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, juin 1889.

Allingham. — Incision sur la ligne semi-lunaire. In Société de Chirurgie de Londres, 1891.

Langton. — Préconise l'incision semi-lunaire droite pour

éviter l'éventration. In Société clinique de Londres,
9 mars 1891.

FRANCE

- Février* et *Weiss*. — Incision de Max Shüller. In Bulletin de la Société de Médecine de Nancy, 21 juillet 1897.
- Frœlich*. — Appendicectomie à froid (par l'incision de Max Shüller). In Bulletin de la Société de Médecine de Nancy, 13 décembre 1898.
- Routier*. — Incision de Max Shüller. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 4 janvier 1899.
- Schwartz*. — Incision de Max Shüller à chaud comme à froid. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 18 janvier 1899.
- Tuffier*. — Incision de Max Shüller pour l'appendicectomie à froid. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 8 février 1899.
- Chaput*. — Incision de Max Shüller. In Société obstétricale et gynécologique, 22 février 1899.
- Bouilly*. — Incision de Max Shüller. In Société obstétricale et gynécologique, 22 février 1899.
- Loison*. — Incision de Max Shüller même dans l'appendicite aiguë sans lésion péritonéale. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 12 avril 1899.
- Guillemain*. — Vingt et une appendicectomies à froid (par l'incision de Max Schüller). In XIII^e Réunion de l'Association française de Chirurgie. Paris, octobre 1899.
- Delbet* (Paul). — Incision de Max Shüller pour les appendicites

à chaud aiguës récentes. In réunion de l'Association française de Chirurgie. Paris, octobre 1901.

Lejars. — Soixante-neuf appendicectomies à froid, pas de mort. Incision de Max Shüller. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 21 janvier 1903.

AMÉRIQUE DU NORD

ETATS-UNIS

Bull (de New-York). — Incision commençant à un travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, et remontant verticale droite, dans la région du cæcum, sur une longueur de 10 centimètres. In I^{er} Congrès des Médecins et Chirurgiens américains tenu à Washington, 18 au 20 septembre 1888.

Dudley (P. Allen). — Incision sur la ligne semi-lunaire (dans les appendicites chroniques non suppurées). In Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, t. I, p. 690, 1897.

Edebohls. — Préconise l'incision droite qu'il appelle incision de Battle. In Medical Record, 13 mai 1899.

B. — LAPAROTOMIE ILIAQUE TRANSFIBRO-INTERMUSCULAIRE OBLIQUE DE MAC BURNEY (1894)

AMÉRIQUE DU NORD

ETATS-UNIS

Burney (Mac). — The incision made in abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating. In Annals of Surgery. Philadelphie, XX, p. 38, 1894.

Cosch (Mac). — Sept appendicectomies par l'incision de Mac Burney rapportées par Hawkes F. In med. and Surgical Report of the Presbyterian Hospital. New-York, vol. II, p. 138, 1897.

Wolsey (S.). — Some points in the treatment of appendicitis when pus is present. (L'auteur recommande l'incision de Mac Burney à chaud pour éviter l'éventration.) In Med. Record, t. I, p. 449, 1899.

Edebohls (G.). — The hernia quarantine and the minimum of confinement after operation of appendicitis with and without pus. (Moyens d'éviter la hernie et d'imposer le minimum d'alitement après l'appendicectomie avec ou sans pus, incision en gril.) In Med. Record, 13 mai 1899.

Brewer (Emerson-G.). — Fatal acetonemie following an operation for acute appendicitis (et opération par l'incision latérale intermusculaire). In Annals of Surgery, n° 113, p. 481, 1902.

Hotchkiss (L.-W.). — In Société de Chirurgie de New-York, 14 mars 1906.

EUROPE

SUISSE

Roux (de Lausanne). — Se rallie à l'incision de Mac Burney pour l'appendicectomie à froid. In Congrès international des Sciences médicales tenu à Moscou, 1897, et in Gaudin : les indications opératoires dans le traitement de l'appendicite. Presse médicale, n° 72, 9 septembre 1903.

FRANCE

Delagènière. — Incision de Mac Burney pour l'appendicectomie à froid. In *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, p. 358, 1901.

Peraire. — Appendicéctomie par l'incision de Mac Burney. In *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, janvier 1903. Ibid., décembre 1905. Ibid., janvier 1906. Ibid., mars 1906.

Gosset (A.). — Technique de l'appendicectomie. In *Presse médicale*, n° 76, 23 septembre 1905.

PORTUGAL

Gentil (H.) (de Lisbonne). — Le procédé de Mac Burney dans l'appendicectomie. XV^e Congrès international des Sciences médicales. Lisbonne, 19 au 26 avril 1906.

Modification au Mac Burney par l'incision transversale

FRANCE

Chaput. — Quelques points de technique de l'appendicectomie ; incision transversale de la paroi. In *Presse médicale*, n° 44, 3 juin 1905.

ÉTAT-UNIS

Davis (G.-C.). — Incision transversale pour appendicectomie. In *Académie de Chirurgie de Philadelphie*, 2 octobre 1905, et *A transverse incision for the removal of the appendix*, in *Annales of Surgery*, janvier 1906.

C. — LAPAROTOMIE ILIAQUE TRANSFIBRO-INTERMUSCULAIRE VERTICALE DE BATTLE (1897)

AMÉRIQUE

ÉTATS-UNIS

Battle. — Cité par Le Bec in Semaine médicale 1907.

Kammerer (E.). — A modified incision at the anterborder of the rectus muscle for appendicitis. In Medical Record, 11 décembre 1897 et Remarks on the incision at the anterborder of the rectus.

Deaver (J.-B.). — La rupture abdominale dans la laparotomie. American Journal of obstetrics, janvier 1899.

Taylor (A.-S.-A.). — Appendicectomy with an uncommon location of the appendix and involving a modification of the intermuscular incision in Medical News, 25 septembre 1905.

EUROPE

FRANCE

Jalaguier. — Traitement de l'appendicite. Procédé opératoire destiné à la reconstitution solide de la paroi abdominale après l'incision à froid de l'appendice. In Presse médicale, n° 10, 3 février 1899.

Berger. — Traitement de l'appendicite. Technique de Jalaguier. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 8 février 1899.

Tuffier, Schwartz, Reynier. — Incision de Jalaguier pour l'ap-

pendicectomie à froid. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, octobre 1900.

Launay. — Appendicectomie à froid par l'incision de Jalaguier. In Bulletin de la Société anatomique de Paris, octobre 1900.

Routier. — Traitement de l'appendicite. In Revue médicale, n° 99, 1^{er} décembre 1900.

Championnière (L). — De l'appendicectomie par l'incision de Jalaguier. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 17 décembre 1902.

Ardouin. — L'incision de Jalaguier pour l'appendicectomie à froid. In Année Médicale de Caen, octobre-novembre 1906.

Le Bec. — Technique de l'appendicectomie. In Semaine médicale, 1907.

SUÈDE-NORVÈGE

Lennander (d'Upsal). — Laparotomie avec réclinaison du muscle droit de dehors en dedans. In Upsala Lakareforen forhande, III, p. 322, 1897 et 1898 — et Ueber den bauchschmitt durch eine rectusscheide mit verschiebung der medialen oder laterem rander der musculus rectus. (Laparotomie à travers la gaine du droit avec glissement latéral de dehors en dedans et de dedans en dehors de ce muscle). In Zentralblatt fur Chirurgie, 29 janvier 1898.

D. — GÉNÉRALITÉS SUR LES INCISIONS
POUR APPENDICECTOMIE

EUROPE

AUTRICHE

Von Hacker (de Vienne). — Combinaison des procédés de Mac Burney et de Jalaguier ou incision vertico-transversale. In Société des Médecins de Stiermark. Séance du 4 mars 1904.

ALLEMAGNE

Beer (E.). — Ueber eine Schnittführung für resection der appendix im auffalls freien stadium. (Sur une incision en vue de la résection de l'appendice à froid.) In Zentralblatt für Chirurgie, 25 juillet 1903.

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Wyeth (A.). — The merits of the various incision for appendicitis.

Ries (E.). — A simple method of appendicectomy. In New-York medical Journal, 4 juillet 1903.

Harrington (F.-B.). — Sur la méthode de choix pour l'incision de la paroi pour l'appendicite. In Boston medical and Surgical Journal, 23 mars 1905.

INCISIONS D'EXCEPTION

1^o VOIE CRURALE (Czerny, 1882)

EUROPE

AUTRICHE

Czerny. — 1882.

FRANCE

Longuet. — De l'appendicocèle crural d'après les Morgagniens-Listérés. In Progrès médical, décembre 1906.

Jouen. — De l'Appendicocèle crural d'après les Morgagniens-Listérés. In Thèse de Paris, novembre 1906.

2^o VOIE INGUINO-SCROTALE (Jackle, 1888)

EUROPE

ALLEMAGNE

Jackle. — Dissertation inaugurale, 1888.

Neugebauer. — Cinq cas d'appendicectomie pour appendicite chronique associée à une rétrodéviation utérine ; traitement par l'Alquié-Alexander, avec incision inguinale droite prolongée. In Zentralblatt für Gynakologie, 1903.

FRANCE

Longuet. — De l'appendicocèle inguinal d'après les Morgagniens-Listérés. In Progrès médical, décembre 1906.

Jouen. — De l'appendicocèle inguinal d'après les Morgagni-Listérisés. In thèse de Paris, novembre 1906.

Longuet. — Appendicectomie systématique au cours des herniotomies pour hernies contenant ou non l'appendice. In *Touzé*. Ablation de l'appendice sain. Thèse de Paris, 1906.

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Torek. — Combined operation for the removal of the appendix and the cure of right inguinal hernia. In *Annals of Surgery*, 1906.

3° VOIE OMBILICALE (Winiwarther, 1901)

BELGIQUE

Winiwarther. — 1901.

FRANCE

Longuet. — De l'appendicocèle ombilical d'après les Morgagni-Listérisés. In *Progrès médical*, décembre 1906.

Jouen. — Ibidem. In thèse de Paris, novembre 1906.

4° VOIE SOUS-OMBILICALE MÉDIANE (Richelot, 1890)

A. — Ovarite et appendicite

EUROPE

FRANCE

Richelot. — Ovarite scléro-kystique englobant l'appendice.

Castration et appendicectomie (l'appendice contenait un petit abcès). In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 15 octobre 1890.

Poncet. — Annexite double et appendicite. Castration double et appendicectomie par Jaboulay, 1894. In *Ghognon*, Thèse de Lyon, 1894.

Pozzi (S.) (cas n° 1). — Annexite double et appendicite chronique. Castration double et appendicectomie, 1894, cas rapporté par

Barnsby. — Observation XVIII d'appendicite et annexite dans thèse de Paris, 1898.

Pozzi (cas n° 2). — Annexite double et appendicite chronique. Castration double et appendicectomie. Cas rapporté par Barnsby dans thèse de Paris.

Bouilly. — Annexite double et appendicite. Castration unilatérale et appendicite suppurée. Castration double et appendicectomie. In Semaine gynécologique, 1897, et Association française de Chirurgie, octobre 1898.

Delagénère (du Mans) (cas n° 1). — Pyosalpinx bilatéral et appendicite suppurée. Castration double et appendicectomie. In Archives médicales d'Angers, 20 mars 1897.

Ricard (H.). — Salpingite double et appendicite. Castration double et appendicectomie. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, juillet 1897.

Dolérès. — Appendicite et salpingite. Castration et appendicectomie. (L'ovaire malade contenait un kyste leucocytaire gros comme une noix.) In Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 14 octobre 1897.

Potherat (cas n° 1). — Appendicite et salpingite. Castration et appendicectomie. In Association française de Chirurgie, octobre 1897.

Delagénère (cas n° 2). — Double pyosalpinx et appendicite. Castration double et appendicectomie. In Association française de Chirurgie, octobre 1897.

— (cas n° 3). — Annexite double et appendicite pelvienne. Castration double et appendicectomie. In Association française de Chirurgie, octobre 1897.

— (cas n° 4). Annexite double et appendicite. Castration double et appendicectomie. In Association de Chirurgie, octobre 1897.

— (cas n° 5). — Annexite double et appendicite. Castration et appendicectomie. In Association française de Chirurgie, octobre 1897.

— (cas n° 6). — Annexite droite ; salpingectomie. Six semaines après appendicite ; appendicectomie par laparotomie. In Association française de Chirurgie, octobre 1897.

Pauchet. — Annexite double et appendicite. Castration unilatérale droite et appendicectomie. In Semaine médicale, 23 novembre 1897.

Quénu (cas n° 1). — Annexite double et appendicite chronique. Castration double et appendicectomie. In Journal des Praticiens, p. 228, 9 avril 1898.

Quénu (cas n° 2). — Annexite double et appendicite chronique. Castration double et appendicectomie. In Barnsby, 1898.

— (cas n° 3). — Annexite double et appendicite chroni-

- que. Castration double et appendicectomie. In Barnsby, 1898.
- (cas n° 4). — Idem.
- Tédenat* (cas n° 1). — Annexite double et appendicite chronique. Castration double et appendicectomie. In Barnsby, 1898.
- Maucclair* (P.). — Salpingo-ovarite droite et appendicite scléreuse. Castration unilatérale et appendicectomie. In Barnsby, 1898.
- Tuffier*. — Hydrosalpinx droit et appendicite. Castration unilatérale et appendicectomie. In
- Barnsby*. — Thèse de Paris, 1898.
- Sieur*. — Hématocèle suppurée et appendicite. Salpingectomie, appendicectomie, évacuation et drainage de l'abcès, présentation de la pièce. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 5 octobre 1898.
- Villar* (de Bordeaux). — Appendicite réveillant une annexite. Hystérectomie abdominale totale et appendicectomie, III^e Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique. Amsterdam, 8-12 août 1899.
- Monod* (de Bordeaux). — Salpingite et appendicite. Castration et appendicectomie. In Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le 22 février 1901.
- Potherat* (cas n° 2). — Salpingite droite et appendicite. Castration et appendicectomie. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 12 février 1902.
- Guinard* (cas n° 1). — Salpingite et appendicite chronique. Castration et appendicectomie. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 11 juin 1902.
- Barnsby* (cas n° 2). — Salpingite et appendicite chronique.

Castration et appendicectomie. In Bulletin de l'Association française de Chirurgie, octobre 1902.

- (cas n° 3). — Salpingite et appendicite chronique. Castration et appendicectomie. In Bulletin de l'Association française de Chirurgie, 10 octobre 1902.
- (cas n° 4). — Idem.
- (cas nos 5 et 6). — Idem.

Schwartz (cas n° 1). — Salpingite et appendicite. Castration et appendicectomie. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 24 décembre 1902.

- (cas n° 2). — Idem.
- (cas nos 3, 4 et 5). — Idem.

HOLLANDE

Staatz. — Annexite et paramétrite avec appendicite. Castration et appendicectomie. Ablation d'une tumeur grosse comme un œuf d'oie, avec adhérences multiples à l'intestin, formée par l'appendice dilaté en kyste de 4 centimètres de long, rempli de sérosité trouble. L'ovaire et la trompe, tous deux gonflés, adhéraient à l'appendice. Intervention six semaines après une poussée aiguë. In Société gynécologique hollandaise, 1897.

ALLEMAGNE

Durhsen (de Berlin) (cas n° 1). — Annexite et appendicite. Castration et appendicectomie. In XXVIII^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, avril 1899.

- (cas nos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9). — Idem.

Mond. — Annexite gauche et appendicite chronique. Salpingectomie et appendicectomie. Ventrofixation (l'appendice contenait un tœnia). In Société d'Obstétrique de Hambourg, 23 mai 1905.

AMÉRIQUE

ÉTATS-UNIS

Hingson. — Pyosalpinx droit et appendicite scléreuse. Castration unilatérale et appendicectomie. In New-York Medical Journal, 1891.

Baldwin. — Appendicite suppurée et pyosalpinx. Castration unilatérale droite et appendicectomie. In Brooklyn Medical Journal, 1891.

Hunter Robb (de Baltimore). — Appendicite et annexite. In New-York Medical Journal, 1891.

— Salpingite double et appendicite. Castration et appendicectomie. In Report of the John's hospital (Baltimore), 1892.

Kelway. — Appendicite masquée et compliquée d'adhérences ovariennes. Appendicectomie et castration. In med. chir. Reporter, juillet 1892.

Gaggard. — Double pyosalpinx et appendicite suppurée. Castration double et appendicectomie. In American Journal of obstetr. New-York, 1893.

Winsberg. — Association de l'appendicite chronique et de l'annexite droite. In Med. Record. N.-Y., 948-951, 1900.

B. — *Kyste ou tumeur de l'ovaire et appendicite ;
castration et appendicectomie.*

EUROPE

FRANCE

Pozzi (S.). — Kyste aérolaire malin colloïde de l'ovaire gauche ;
élongation énorme de l'appendice attiré dans le flanc
gauche et scléreux. Ovariectomie et appendicectomie,
1896 (rapporté par Barnsby, obs. XXIII. Thèse de
Paris, 1898).

Follet. — Petits kystes ovariens et appendicite. Castration dou-
ble et appendicectomie. In Bulletin de la Société cen-
trale des Médecins du Nord, 27 août 1897.

ALLEMAGNE

Karewsky. — Kyste para-ovarique et appendicite chronique,
ovariectomie et appendicectomie. In Réunion libre
des Chirurgiens de Berlin, le 10 mai 1897.

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Walker (H.-O.). — Appendicectomy and removal of cyst from
left broad ligament (appendicectomie et extirpation
d'un kyste du ligament large gauche). In Detroit
Medical journal, II, 674, 1902.

Boldt. — Fibrome de l'ovaire et appendicite chronique, abla-
tion des deux. In Académie de Médecine de New-York,
27 octobre 1903.

C. — *Fibrome utérin et appendicite : hystérectomie
abdominale et appendicectomy*

EUROPE

FRANCE

Villar (de Bordeaux). — Fibrome utérin et appendicite. Hystérectomie abdominale et appendicectomy. In III^e Congrès international de Gynécologie et Obstétrique, Amsterdam, 8-12 août 1899.

Verchère. — Fibrome et appendicite gangréneuse, non perforée, latente dans le Douglas. Hystérectomie et appendicectomy partielle en partie saine. Cas rapporté par A. Bernheim in Bulletin de la Société anatomique de Paris, mai 1902.

D. — *Prolapsus utérin et appendicite. Hystérectomie
abdominale et appendicectomy.*

FRANCE

Ricard. — Hystéropexie abdominale pour prolapsus. Appendice englobé dans une masse énorme de franges graisseuses avec poussées douloureuses d'appendicite chronique. Cas rapporté par Lance, in Bulletin de la Société anatomique de Paris, novembre 1902.

E. — *Rétroversion utérine et appendicite. Ventro-fixation et
appendicectomy.*

FRANCE

Longuet (L.). — Appendicectomy systématique au cours des laparotomies par rétroflexion. Cas rapporté par Touzé.

De l'appendicectomie préventive. Thèse de Paris, mars 1906.

ALLEMAGNE

Strassmann. — Ventro-fixation pour rétro-flexion utérine et appendicectomie. In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin, 1903.

F. — *Appendicite prise pour annexite. Appendicectomie et laparotomie médiane*

FRANCE

Piqué. — Appendicite prise pour annexite. A la laparotomie pas d'annexite. Appendicectomie, in Barnsby, 1898.

Duret. — Péri-appendicite simulant une salpingite. A la laparotomie ovaire sain, mais dans le Douglas cavité fongueuse où l'on trouva un calcul fécal et le fond de l'appendice. Cas rapporté par Ledoux, in Bulletin de la Société anatomo-clinique de Lille, 1^{er} février 1900.

Guinard (cas n° 1). — Appendicite prise pour annexite: A la laparotomie appendicite chronique; pas d'annexite. Appendicectomie. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 20 janvier 1904.

— (cas n°s 2 et 3). — Idem.

— Appendicite prise pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu Appendicectomie. Cas rapporté par Barnsby, 1898.

H. — *Obstruction intestinale d'origine appendiculaire; laparotomie et appendicectomie.*

FRANCE

Schwartz. — Appendicite découverte au cours d'une laparo-

tomie pour occlusion intestinale. Péritonite péri-cæcale et pus dans la fosse iliaque. Appendicectomie. Mort le lendemain de septicémie. In Mermet, Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1^{er} mai 1896.

5° VOIE VAGINALE

ALLEMAGNE

Duhrsen. — Appendicite, appendicectomie par cœliotomie antérieure. In XXVIII^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Berlin, avril 1899.

Merkel. — Fibromatose utérine et appendicite. Hystérectomie et appendicectomie par voie vaginale. In Société franconienne d'Obstétrique et de Gynécologie. Bamberg, 2 juillet 1904.

6° VOIE ILIAQUE (sous péritonéale)

(Mohammed, 1883.)

GRANDE-BRETAGNE

Symonds (Ch.). — Appendicectomie ; lithectomie d'une concrétion fécale ; incision de Mohammed ; cas rapporté à la Société clinique de Londres, 8 mai 1885.

— Appendicectomie pour appendicite à froid. In Société clinique de Londres, octobre 1886.

Bennet May (de Birmingham). — Appendicectomie par l'incision de Mohammed. In LVII^e Réunion de l'Association médicale britannique tenue à Leeds, août 1880.

Page. — Appendicectomie par l'incision iliaque externe. In Société de Chirurgie de Londres, le 12 février 1892.

FRANCE

Poirier. — Appendicectomie par décollement iliaque sous péritonéal ou *a posteriori*. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1899.

7° VOIE LOMBAIRE

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Edebohls. — Incision lombaire. In Bulletin central de Gynécologie, 8 octobre 1898.

Scheldon. — A posteriori incision in certain appendicitis operations. In Annals of Surgery, vol. XL, p. 376, 1905.

EUROPE

FRANCE

Longuet. — Appendicectomie et néphropexie par voie lombaire pour rein mobile avec ou sans appendicite. In Touzé, thèse de Paris, 1906.

Grinda (de Nice). — Incision lombo-iliaque dans le traitement des appendicites suppurées. Communication au XII. Congrès international de Médecine de Moscou, 1897. In Presse médicale, p. 145, 1897.

§ 2. — Exérèse du vermium

A. — POSITION DE L'OPÉRÉ

1^o Position classique : horizontalité

AMÉRIQUE

ÉTATS-UNIS

Bull. — Cité plus haut, 1888.

EUROPE

Reclus. — Cité plus haut, 1890.

Roux (de Lausanne). — Cité plus haut, 1890.

Treves. — Cité plus haut, 1888.

Lennander (d'Upsal). — Cité plus haut, 1898.

Gallet (de Bruxelles). — Cité plus haut, 1898.

2^o Position de variante : Inclinaison frontale légère

FRANCE

Jalaguier. — Cité par Ferron dans sa thèse de Paris, 1900.

Delbet, Schwartz (P.), *Walther.* — In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 26 mai 1904.

Terrier. — In Technique de l'appendicectomie (Gosset). In Presse médicale, n^o 76, 23 septembre 1903.

3^o Position d'exception : latéroposition gauche

ALLEMAGNE

Forsterling (K.). — Latéroposition gauche dans appendicectomie. In Zentralblatt für Chirurgie, 29 juillet 1905.

Schlange. — Latéroposition gauche. In Semaine médicale, 2 août 1905.

B. — DISSECTION PRÉLIMINAIRE SOUS-SÉREUSE

1° *Hémidissection sous-séreuse*

(Cabot, 1891.)

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Cabot. — In Boston Medical Journal, 15 janvier 1891, et
21 juillet 1893.

Fowler (G.). — In Annals of Surgery, p. 348, mars 1894.

Dudley, Allen (P.) (de Claveland). — In Revue de Gynécologie
et Chirurgie abdominale, t. I, p. 689, 1897.

FRANCE

Schwartz. — In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris,
18 mars 1891.

Quénu. — In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris,
p. 397, 1893.

Polosson. — In Lyon médical, 23 mai 1893.

Legueu. — In Monographie sur l'appendicite. Paris, 1^{er} avril
1897.

Braquehaye. — Procédé à manchette. In Gazette hebdoma-
daire de Médecine et de Chirurgie, 12 juillet 1899.

Rochard. — Cité par *Ferron* dans sa thèse de Paris, 1900.

Imbert (L.). — Cité par *Margues* in Bulletins de la Société ana-
tomique de Paris, juillet 1901.

Broca (A.). — In Congrès de la Société de Chirurgie de Bel-
gique, septembre 1902.

Peraire (M.). In XVI^e Réunion de l'Association française de Chirurgie, octobre 1903.

Le Bec. — In Semaine médicale, 1907.

GRANDE-BRETAGNE

Treves. — A serie of cases of relapsing typhlitis treated by operation. In British Medical Journal, p. 826, 22 avril 1893.

ALLEMAGNE

Mikulicz. — Cité par A. Brieger, voir ci-dessous, 1893.

Brieger (A.). — Procédé à manchette. In : Les hernies de l'appendice. Archives für Klinische Chirurgie, XLV, 4, 1893.

BELGIQUE

Gallet (de Bruxelles). — In Société annuelle de Chirurgie de Belgique, septembre 1902.

2^o Dissection sous-séreuse totale

(Poncet, 1898)

EUROPE

FRANCE

Poncet. — Appendicectomie sous-séreuse. In Association française de Chirurgie, octobre 1899.

Vignard. — Appendicectomie sous-séreuse. Thèse de Lyon, 1899.

— In Revue de Chirurgie, n^o 12, p. 829, 1901.

Poncin. — In thèse de Lyon, 1901.

Delore (X.). — In Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, n° 13, février 1902.

Weiss (de Nancy). — In Bulletins de la Société de Médecine de Nancy, 12 février 1902.

André (de Nancy.). — Idem.

SUISSE

Tavel (de Berne). — Technique de l'appendicectomie sous-muqueuse. In Archives internationales de Chirurgie, 1^{er} avril 1904.

ETATS-UNIS

Soules (E.). — Enucléation sous-séreuse totale avec fente unilatérale ; utilisation de la manchette pour recouvrir le moignon et le méso. In New-York Medical Journal, 23 avril 1904.

C. — SECTION DE L'APPENDICE

1^o Section au thermo

FRANCE

Weiss. — In Bulletins de la Société de Médecine de Nancy, 21 juillet 1897.

Février. — In Bulletins de la Société de Médecine de Nancy, 21 juillet 1897.

Routier. — In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris. 4 janvier 1899.

Terrier in *Gosset*. — Presse médicale, n° 75, 23 septembre 1905.

ÉTATS-UNIS

Kelly-Howard (A.). — In American Med. Philadelphie, VIII, 1123, 31 décembre 1904.

2^o Section aux ciseaux

ÉTATS-UNIS

Skene (Alexandre-G.). — The hemostase forceps in excecating the appendix (la pince hémostatique forceps dans l'ablation de l'appendice). In New-York Medical Journal vol. LXVII, p. 389, 1898.

Hoggard. — Section haute entamant le cæcum, cité par Vignard Thèse de Lyon, 1889,

Parker Syms. — Section haute entamant le cæcum. Vignard. Thèse de Paris.

FRANCE

Delagénère. — Pincement suivi de ligature et d'enfouissement en masse In Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, p. 357, 1901.

Chaput. — Section, après coprostase, du cæcum par une grande pince courbe. In Presse médicale, n^o 44, 3 juin 1905.

3^o Section à l'appendicotribe

SUISSE

Lang (O.) de Berne. — Zur technick der amputations wurmforsatzes. In Munch medicin Wochenschrift, n. 21, 1901 et in Gynecologia Helvetica, p. 56, 1902.

ETATS-UNIS

Anderson (W.). — The stump in appendicectomy. In Pacific med. Journal, juin 1904.

Kelly-Howard (A.). — Ideal method of removing the Vermiform appendix. In American med. Philadelphie, VIII, 1123, 31 décembre 1904.

4^e Section suivie d'excision de la muqueuse

FRANCE

Chaput. — Abrasion de la muqueuse avec une petite curette tranchante, après section de l'appendice, 1890 ; rapporté par l'auteur in Presse médicale, n^o 44, 3 juin 1905.

Brun. — Excision de la muqueuse avec des ciseaux fins. In Presse médicale, 30 mars 1898.

Broca (A.). — Excision de la muqueuse aux ciseaux et à la curette. In l'Appendicite ; Encyclopédie médicale. Paris, 1898.

D. — DÉSINFECTION DU MOIGNON

1^o Attouchement antiseptique

FRANCE

Schwartz. — Observation publiée à la Société de Chirurgie de Paris, 18 mars 1891.

Braquehaye. — Attouchement du moignon à l'eau phéniquée à 5/100. In Gazette hebd. de Méd. et Chirurgie, 13 juillet 1899.

Dubourg (de Bordeaux). — Attouchement au chlorure de zinc ; rapporté par *Abadie*. In Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 7 juillet 1899.

2° *Au thermocautère*

EUROPE

FRANCE

Hartmann. — In Presse médicale, 1897.

Ischwall. — In II^e Réunion de l'Association française de Chirurgie, octobre 1897.

Frœlich. — In Bulletin de la Société de Médecine de Nancy, 13 décembre 1898.

Routier. — In Presse médicale, n° 99, 1^{er} décembre 1900.

Le Bec. — In Semaine médicale, 1907.

SUÈDE-NORVÈGE

Lennander. — In Centralblatt für Chirurgie, 26 janvier 1898.

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Cosch (Mac). — Cité par Hawkes. In Medical and Surgical Report of the presbyteriam hospital. New-York, vol. II, p. 138, 1897.

Seelig. — Cautérisation du moignon. In Annals of Surgery, n° 143, p. 710, novembre 1904.

E. — EXCLUSION DU MOIGNON

1^o *Ligature enfouie* (Classique).

EUROPE

GRANDE-BRETAGNE

Knowsley-Thornton. — Recouvrement du moignon ligaturé par suture séreuse. In Société de Médecine de Londres, 5 novembre 1888.

FRANCE

Chaput. — In Bulletin de la Société anatomique de Paris, p. 294, avril 1894.

Pozzi (S.). — Cité par Jayle. In Presse médicale, 25 août 1894.

Duret. — In Société anatomo-clinique de Lille, 29 mars, 1899.

Jalaguier. — In Ferron. Thèse de Paris, 1900.

Quénu. — Cas rapportés par Longuet, 1900.

Broca (A.). — Enfouissement sous deux plans de suture de Lembert. In Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 7 septembre 1902.

Terrier. — In Gosset. Presse médicale du 23 septembre 1905.

SUÈDE ET NORVÈGE

Lennander. — In Centralblatt für Chirurgie, 29 janvier 1898.

SUISSE

Lang (O.). — In Münchener medicin Wochenschrift, n^o 21, 1907.

ALLEMAGNE

Sonnenburg. — Traité de l'Appendicite. Rapport à la Société annuelle de Chirurgie de Belgique, 1902.

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Fowler, Ryerson (G.). — In Annals of Surgery, p. 348, mars 1894.

Kelly-Howard. — In American Medical. Philadelphie, VIII, 1123, 31 décembre 1904.

2° *Suture enfouissante* (variante).

EUROPE

GRANDE-BRETAGNE

Treves. — Suture au catgut de la muqueuse, puis de la séreuse. In Société de Médecine de Londres, 5 novembre 1888, et Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, juin 1899, et Association médicale britannique, 27^e session, août 1889.

FRANCE

Reclus. — Suture en double plan au catgut. In Semaine médicale, 1890.

Chaput. — Suture à trois étages muco-muqueux, séro-séreux, avec un seul fil continu. In Presse médicale, n° 44, 3 juin 1905.

3° *Suture des moignons* (procédé d'exception).

(Longuet, 1896.)

EUROPE

FRANCE

Longuet. — In Progrès médical, juin 1907.

Dubour (de Bordeaux). — In Lapierre. Thèse de Bordeaux, 1907.

4° *Suture du moignon dans un dédoublement
du méso* (exception).

Denucé (1906). — Cité par Lapierre. Thèse de Bordeaux, 1907.

5° *Retournement*

(Jeset, 1891.)

Jeset (de Londres). — Retournement du moignon en doigt de gant. In Bulletin de la Société de Clinique de Londres, février 1891.

6° *Ligature non enfouissante*

(Routier, 1900).

Routier (de Paris). — Ligature de l'appendice au catgut passé deux fois, et ligature du méso. Traitement de l'appendicite. In Presse médicale, n° 99, 1^{er} décembre 1900.

Seelig (Etats-Unis). — Traitement du moignon dans l'appendicectomie. In Annals of Surgery, n° 143, p. 710, novembre 1904.

Moschowitz. — Statistique de 2.000 cas. In Archives für Klinische Chirurgie, p. 683, 1907.

7° Forcippressure avec une pince à demeure

Floderus (Suède). — Pincement à demeure par une pince à forcippressure. In *Med. Obozrenia*, septembre 1897.

Chaput (France). — Les agrafes de Michel en chirurgie abdominale. In *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902.

8° Inclusion du moignon dans la paroi abdominale.

EUROPE

ALLEMAGNE

Dittmann. — Fixation du moignon à la plaie, 1890. Cité par *Chaput*, in *Technique de l'Appendicectomie*. *Presse médicale*, 5 juin 1905.

FRANCE

Schwartz. — In *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, mars 1891.

Ischw-Wall. — In II^e Réunion de l'Association française de Chirurgie. Paris, octobre 1897.

Bontes. — L'exoprosphysectomie. Traitement de choix. In *Thèse de Paris*, 1899-1900.

9° Généralités sur le traitement du moignon.

AMÉRIQUE

ÉTATS-UNIS

Eastmann (G.-R). — Improved technic of amputation and traitement of the stump in appendicectomy. In *Jour-*

nal of the American medical Association, 11 octobre 1902.

Lilienthal (H.). — The best method of dealing with the stump in appendicectomy. In Medical News, 28 décembre 1903.

EUROPE

ALLEMAGNE

Riedel (d'Iéna). — Die Versergung der Appendix stumpfes. In Zentralblatt für Chirurgie, 19 décembre 1903.

§ 3. — Fermeture de la paroi

1° DU DRAINAGE

Jalaguier (de Paris). — Indication et technique du drainage dans l'appendicectomie. In Ferron. Thèse de Paris, 1900.

Borelius (Allemagne). — La suture primitive sans drainage pour l'appendicite aiguë. In Zentralblatt für Chirurgie, 27 janvier 1906.

2° SUTURE ABDOMINALE

A. — Sutures à étages

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Bull (de New-York) et à sa suite les chirurgiens américains insistent sur la nécessité de la suture dite à étages dans l'appendicectomie à froid, pour éviter l'éventra-

tion. Cités par Talamon. Monographie de l'appendicite. Paris, 1892.

EUROPE

FRANCE

Schwartz. — In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris
18 mai 1891.

Quénu. — In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris,
1^{er} et 15 juin 1892.

Jalaguier. — In Presse médicale, n° 10, 3 février 1897

Legueu. — In Monographie sur l'appendicite. Paris, 1897.

Brun (F.) — Suture à étages au catgut. In Presse médicale du
30 mars 1898.

Reclus. — Suture à étages dans l'appendicectomie à froid.
Traitement de l'appendicite. In Semaine médicale,,
p. 209, 1898.

Guillemain. — In Association française de Chirurgie. Paris,
octobre 1900.

Terrier in Gosset. — Presse médicale, n° 76, 1905.

ALLEMAGNE

Sonnenburg. — Traitement de l'appendicite. Rapport à la
Société annuelle de Chirurgie de Belgique, 1902.

Borelius. — In Zentralblatt für Chirurgie, 27 janvier 1906.

B. — Suture en masse

FRANCE

Routier. — Suture en masse au fil d'argent. Traitement de

l'appendicite. In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 9 janvier 1899.

Poirier. — In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, février 1899.

Ricard in *Rastouil*. — De l'appendicite chronique. Thèse de Paris, 1901.

ETATS-UNIS

Deaver (J.-B.). — Suture en masse au crin de Florence. In American journal of obstetric, janvier 1899.

C. — Généralités

EUROPE

GRANDE-BRETAGNE

Wiggin. — Some practical points in abdominal Surgery with special reference to a simple technic for appendectomy and intestinal anastomosis. In Lancet, novembre 1895.

Keetle (C.). — Sur un procédé d'intervention opératoire pour l'appendicectomie. In Lancet, 13 janvier 1900.

Warden. — A note of the safest method of removal the appendix. In Lancet, II, p. 328, 1900.

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Van Hook (W.). — The technic of operations for acute appendicitis. In Journal of the american medical Association, 20 février 1897.

CANADA

Armstrong (G.-E.). — Remarks on two or three points in the technic of the operation traitement of acute appendicitis. In *Montreal Medical Journal*, juillet 1897.

TEXAS

Mathews (W.-J.). — Appendicite Ochsner's and Deaver's method compared. In *Texas medical Journal*, juillet 1903.

**§ 4. — Difficultés de technique
et conduite à tenir**

A. — BLESSURE DES NERFS, VAISSEAUX ;

INSUFFISANCE DE JOUR

ALLEMAGNE

Assmy. — De l'influence de la section des nerfs moteurs sur la formation de la cicatrice dans les laparotomies faites en dehors de la ligne blanche. In *Beiträge zur Klinische Chirurgie*, XXIII, analysé dans *Semaine médicale*, p. 362, 1899.

FRANCE

Jalaguier. — Deux cas de blessure des vaisseaux épigastriques. In *Ferron*. Thèse de Paris, 1900.

Cazin et Reynier. — Débridement de la paroi en T ou en H. In *Kouindjy*, p. 50. Thèse de Paris, 1898.

B. — IMPOSSIBILITÉ DE LIBÉRATION

1° *Dïssection incomplète*

EUROPE

GRANDE-BRETAGNE

Clarke et Smith. — In the Lancet, 3 mai 1890.

SUISSE

Julliard cité par *Revillod.* — Traitement de la pérityphlite.
Revue médicale de la Suisse romande, 1892.

Roux. — In Archives für Clinische Chirurgie, LXVII, p. 3,
1902.

FRANCE

Quénu. — In Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, nov.
et déc. 1893.

Delorme. — In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris,
nov. 1893.

Schwartz in Damaye. — Thèse de Paris, 1894.

AMÉRIQUE

ÉTATS-UNIS

Bull. — Cité par Talamon. In Monographie sur l'appendicite
et la pérityphlite, p. 238. Paris, 1892.

2° *Excision de l'épiploon*

FRANCE

Walther. — Voir Longuet. Dyspepsie appendiculaire. In
Semaine médicale, 1902.

3° Appendicectomie sans dissection des adhérences

Lejars (2 cas). — In *Semaine médicale*, décembre 1906.

4° Entéro-anastomose sans dissection

ÉTATS-UNIS

X... (de New-York), cité par *Talamon*. — Anastomose de l'iléon avec le côlon descendant; récurrence ultérieure; appendicectomie; guérison, 1892.

BELGIQUE

Gallet (de Bruxelles). — Deux cas d'entéro-anastomose avec exclusion du cæcum. In *Rapport à la Société annuelle de Chirurgie de Belgique*, sept. 1902.

5° Résection du cæcum et entéro-anastomose

ALLEMAGNE

Sonnenburg. — In *Rapport à la Société annuelle de Chirurgie de Belgique*, septembre 1902.

FRANCE

Hartmann. — In XVI^e Réunion de l'Association française de Chirurgie, octobre 1903.

C. — LATENCE DE L'APPENDICE

1° L'appendice est en situation anormale

ÉTATS-UNIS

Wood (A. C.) — Hernie transmésentérique de l'appendice. In *Annals of Surgery*, août 1895.

Hancock (J.-C.) — Appendice dissimulé dans l'espace rétro-péritonéal. In *Annals of Surgery*, novembre 1904.

FRANCE

Thierry. — In XIV^e Réunion de l'Association française de Chirurgie de Paris, 13 avril 1904.

2^o *Auto-amputation inflammatoire de l'appendice*

SUISSE

Roux. — Six cas in Kouindjy. Thèse de Paris, 1898.

FRANCE

Longuet. — Un cas rapporté dans le *Progrès médical*, 1903.

Demoulin. — In Kouindjy. Thèse de Paris, 1898.

Quénu. — In Kouindjy. Thèse de Paris, 1898.

GRANDE-BRETAGNE

Treves. — Un cas cité par Ferron. In thèse de Paris, 1900.

3^o *L'appendice est en inclusion pariéto-cæcale*

FRANCE

Routier. — In *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*,
17 juillet 1893.

Schwartz. — Cité par Granboulan. In thèse de Paris, 1898.

Richelot. — Cité par Kouindjy. In thèse de Paris, 1900.

4^o *L'appendice est voilé par des adhérences viscérales
profondes*

FRANCE

Jalaguier. — Adhérence de l'appendice à l'iliaque primitive.
In Ferron. Thèse de Paris, 1900.

Jalaguier. — Déchirure de la vessie jusqu'à la muqueuse ; suture. In Ferron. Thèse de Paris, 1900.

Richelot. — Adhérences avec les annexes de l'utérus. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1890.

Terrier. — Déchirure de l'iléon ; suture ; guérison. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1892.

Quénu. — Déchirure de l'iléon, suture. In Kouindjy.

Routier. — Appendice formant coudure à l'intestin et provoquant des douleurs chaque fois que le cæcum se déplaçait. In Ferron.

Marchant (G.). — Déchirure du cæcum. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 24 juillet 1895.

Quénu. — Ulcération du cæcum. In Kouindjy.

Routier. — Appendice formant anneau où passe le cæcum. In Kouindjy.

Bazy. — Deux cas. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 14 février 1900.

GRANDE-BRETAGNE

Treves. — Adhérence et confusion possible avec l'uretère. In Association médicale britannique ; LVII^e Réunion tenue à Leeds, août 1889.

SUISSE

Roux. — (Obs. 53). Déchirure du rectum. In Revue médicale de la Suisse romande, 1890.

ROUMANIE

Assaky. — Adhérences péri-cæcales ; lithectomie d'une pierre stercorale appendiculaire ; appendicectomie impossible. Cité par Routier in Semaine médicale, 1890.

§ 5. — Fautes de technique et complications d'origine opératoire

PREMIER GROUPE. — ACCIDENTS D'HÉMOSTASE

AMÉRIQUE

ÉTATS-UNIS

Morton. — Ulcération secondaire de l'épigastrique. In Talamon, 1892.

Edebohls. — Un cas d'hémorragie mortelle par rupture de l'artère du méso, cité par Ladinski in Medical Record, t. II, p. 924, 15 septembre 1900.

EUROPE

FRANCE

Delorme. — Hémorragie par rupture des branches iléo-cæcales. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 22 novembre 1893.

Walch. — Hémorragie consécutive à une appendicectomie à froid, pratiquée trois mois après une poussée aiguë. L'hémorragie survint le septième jour. In Bulletins de la Société de Chirurgie, avril 1901.

Broca. — Hémorragie par glissement du catgut liant l'appendice. In Congrès annuel de la Société belge de Chirurgie. Bruxelles, septembre 1902.

SUISSE

Roux. — Evacuation de selles sanguinolentes quelques jours après l'appendicectomie, probablement due à l'impar-

faite occlusion du moignon. In Kouindjy. Thèse de Paris, 1898.

DEUXIÈME GROUPE. — ACCIDENTS CARDIAQUES

A FORME EMBOLIQUE

Walther, Jalaguier, Guinard, Bazy, Salesses (de Chambéry).

— In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 24 juillet 1907.

Pfihl. — Hématémèse mortelle chez un appendicectomisé à chaud, trois semaines après l'intervention. In Rochard. Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 17 juillet 1907.

TROISIÈME GROUPE. — ACCIDENTS SEPTIQUES

A. — *Hémorragies d'origine infectieuse*

FRANCE

Schwartz. — Appendicectomie à froid ; hématémèse et hémorragie au niveau de la plaie. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, janvier 1899.

Delbet. — Hématémèse par ruptures de varices œsophagiennes. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1900.

Ricard. — Opération à chaud ; au quinzième jour hémorragie. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, avril 1901.

ETATS-UNIS

Osler. — Hémorragie par ulcération du grêle.

Stedman. — Hémorragie par ulcération de l'anse sigmoïde.

Powell. — Hémorragie par ulcération de l'iliaque externe. —
Ces trois cas sont cités par Ladinski in *Medical Record*,
t. II, p. 924, 15 septembre 1900.

B. — *Phlegmons de la paroi*

FRANCE

Schwartz. — In Gramboulan, observation VI. Thèse de Paris,
1896.

Sebileau. — In Gramboulan, observation X.

Terrier. — Suppuration tardive ; incision, guérison. In
Kouindjy.

C. — *Typhlite ou appendice post-opératoire*

RUSSIE

Diakonow. — Affections du cæcum chez les appendicectomisés. In *Khirurgia*, t. XI, p. 786 ; 1902.

FRANCE

Desmoulin. — In *Archives générales de Médecine*, juin 1894.

Richelot. — In *Journal des Praticiens*, 1898.

AUTRICHE

Fischer. — Typhlitisch nach amputation wurmforsatzes. In
Prager medicin Wochenschrift, 18 février 1904.

GRANDE-BRETAGNE

Treves. — Deux cas de persistance de douleurs par suite de la

section trop basse de l'appendice; transformation du moignon en kyste. In *British Medical Journal*, 4 mars 1905.

ETATS-UNIS

Dandridje (N.-P.). — Gangrène du cæcum et de l'iléon après appendicectomie. In *Annals of Surgery*, 1903.

D. — *Fistule stercorale*

SUISSE

Roux. — Un cas cité par Kouindjy. In Thèse de Paris, 1898.

FRANCE

Poncet et Jaboulay. — Ulcération du cæcum par un tampon de gaze iodoformée, dans un cas d'appendicite sèche avec adhérences légères ; fermeture par operculisation. In *Revue de Chirurgie*, 1892.

Richelot. — In Kouindjy (obs. V) : fistule durant depuis un an. On dut réséquer l'appendice ; guérison, 1900.

Demoulin. — Les fistules d'origine appendiculaire. In XII^e Réunion de l'Association française de Chirurgie, 1898.

Guinard. — Un cas, in Réunion de l'Association française de Chirurgie, octobre 1902.

Chaput. — Une opération pour fistule pyostercorale consécutive à une appendicectomie. In *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 5 juillet 1905.

ALLEMAGNE

Sonnenburg. — Un certain nombre de ces fistules sont dues à

ce que la suture au niveau de l'appendice a été insuffisante. D'autres sont dues à la gangrène de l'appendice. In XXVIII^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, avril 1899.

E. — *Phlébite du membre inférieur*

FRANCE

Quénu, Jalaguier. — En Kouindjy.

Duvergey (P.). — Phlébite après appendicectomie. In Gazette heldomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, p. 523, 4 novembre 1906.

F. — *Éventration*

FRANCE

Reclus. — 1 cas sur 4. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1891.

Delorme. — In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 22 novembre 1893.

Schwartz. — In Gramboulan (obs. VII). Thèse de Paris, 1896.

Broca (A.). — 13 cas sur 15. In Gordon. Thèse de Paris, 1896.

Bazy (P.). — Une cicatrisation pour appendicectomie à froid ayant nécessité une nouvelle opération. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1899.

Le Bec. — In Semaine médicale, 1907.

ALLEMAGNE

Sonnenburg. — De la pérityphlite (15,9 0/0 en moyenne des opérations se terminant par éventration). Berlin.

ETATS-UNIS

Bull. (de New-York). — 12 cas en quelque temps. In New-York Medical Record, 20 avril 1892.

G. — *Accidents hépatiques et gastro-intestinaux*

FRANCE

Follet. — Ictère après appendicectomie à froid émotif ou par chloroforme. In Bulletins de la Société de Médecine-du Nord, 24 janvier 1902.

Longuet (L.). — Dyspepsie appendiculaire. In Semaine médicale, 1902.

Walther. — Troubles dyspeptiques. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1905.

SUISSE

Tavel (de Berne). -- Sept cas de persistance de douleurs et de troubles fonctionnels intestinaux malgré l'appendicectomie. In XVI^e Réunion de l'Association française de Chirurgie, octobre 1903.

AMÉRIQUE

ETATS-UNIS

Baltin (M.). — Acute Yellow atrophy of the liver as a sequelé of appendicectomy (atrophie jaune aiguë du foie après appendicectomie). In Annals of Surgery, mars 1903.

H. — *Epiplote, adénite et occlusion intestinale*

ETATS-UNIS

Bond. — Avantages du drainage intestinal dans certains cas d'appendicite ou d'autres inflammations abdominales. In American journal of obstetric, décembre 1898.

EUROPE

FRANCE

Amblard (A.) — Torsion d'une anse intestinale dans une poche herniaire consécutive à l'appendicectomie. Péritonite aiguë latente. In Bulletins de la Société anatomique de Paris, juin 1906.

Nimier. — Récidive de phénomènes inflammatoires ; laparotomie itérative ; épiploïte aiguë. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 7 février 1900.

Weiss et Février. — Obstruction intestinale un mois après l'opération, par bride épiploïque siégeant bien plus haut que le champ opératoire. In Bulletins de la Société de Médecine de Nancy, 1897.

Ricard, Michaux et Brun. — Adénites iliaques après appendicectomies à chaud ou à froid. In Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, janvier 1900.

GRANDE-BRETAGNE

Wallis. — Plusieurs cas d'occlusion intestinale après appendicectomie par suite d'épiploïte. In Société royale médicale et chirurgicale d'Angleterre, février-mars 1905.

